



Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes



La Charte humanitaire de Sphère et ses normes minimales pour les interventions lors de catastrophes constituent une remarquable initiative internationale destinée à améliorer l'efficacité et la reddition de comptes dans le secteur de l'assistance humanitaire. Cette nouvelle édition du manuel a fait l'objet d'une révision et d'une mise à jour complètes, en prenant en compte les développements récents dans la pratique humanitaire, ainsi que le *feedback* de praticiens travaillant sur le terrain, d'instituts de recherche et d'experts pluridisciplinaires dans les domaines de la protection, du "genre", des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées, du VIH/sida et de l'environnement. Le manuel révisé est le fruit d'un important effort de collaboration qui reflète la volonté collective et l'expérience partagée de la communauté humanitaire, ainsi que sa détermination à améliorer les connaissances actuelles présentes dans les programmes d'assistance humanitaire.

La pierre angulaire de ce manuel est la Charte humanitaire, qui se base sur les principes et les dispositions du droit international humanitaire, du droit international des droits de l'homme, du droit relatif aux réfugiés et du Code de conduite de la Croix-Rouge et des organisations non gouvernementales. Elle décrit les principes essentiels qui régissent l'action humanitaire et affirme les droits des populations à la protection et à l'assistance. Les normes minimales sont présentées dans un chapitre initial qui décrit en détail les normes relatives au processus de planification et de mise en œuvre des programmes, puis dans les quatre chapitres techniques suivants, qui portent sur : l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène ; la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire ; les abris, les établissements humains et les articles non alimentaires ; et les services de santé.

Comme outil pratique, la Charte humanitaire peut être utilisée pour définir les buts primordiaux des projets, tandis que les normes minimales, accompagnées des indicateurs et notes d'orientation qui les étayent, permettent de procéder à une évaluation analytique des exigences des programmes et de dresser un cadre pour suivre les progrès et évaluer les résultats. Pris dans sa totalité, Sphère constitue également un outil puissant de coordination et de plaidoyer, en particulier de par sa portée multisectorielle et de par le lien qu'il établit entre les principes et la pratique.

Publié par le Projet Sphère

Distribué par Oxfam Publishing

ISBN 0-85598-511-9



ÉDITION 2004

2004



Le Projet Sphère

Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes



Le Projet Sphère



Charte humanitaire
et normes
minimales pour les
interventions lors
de catastrophes

ÉDITION 2004



Le Projet Sphère



**Charte
humanitaire et
normes minimales
pour les
Interventions lors
de catastrophes**

Publié par:

Le Projet Sphère

Droits d'auteur © Le Projet Sphère 2004

C.P. 372, CH-1211 Genève 19, Suisse

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

Courriel: info@sphereproject.org Site web: <http://www.sphereproject.org>

Le Projet Sphère

Le Projet Sphère est un programme du Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR - Comité directeur pour l'action humanitaire) et d'InterAction, en collaboration avec VOICE (Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies) et l'ICVA (International Council of Voluntary Agencies – Conseil international des agences bénévoles). Ce projet a été lancé en 1997 dans le but d'élaborer un ensemble de normes universelles minimales dans les domaines fondamentaux de l'assistance humanitaire. Il vise à améliorer la qualité de l'assistance apportée aux populations affectées par des catastrophes et la reddition de comptes par le système humanitaire dans le cadre des interventions lors de catastrophes. La Charte humanitaire et les normes minimales pour les interventions lors de catastrophes sont le fruit de l'expérience collective de nombreuses personnes et organisations. Il ne faut donc pas les percevoir comme représentant les vues d'une organisation particulière quelconque.

Première édition préliminaire 1998 Première édition définitive 2000

Présente édition 2004

ISBN 0 85598 511 9

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

Tous droits réservés. Cet ouvrage fait l'objet de droits d'auteur mais peut être reproduit par n'importe quelle méthode, sans contrepartie financière, à des fins didactiques, mais pas commerciales. Pour toutes ces utilisations, une autorisation officielle sera requise, mais normalement accordée immédiatement. Pour en faire des photocopies dans d'autres circonstances ou pour la citer dans d'autres publications, la traduire ou l'adapter, il est impératif d'obtenir l'autorisation préalable écrite du détenteur des droits d'auteur, moyennant une redevance éventuelle.

Distribué pour le Projet Sphère dans le monde entier par Oxfam GB.

Disponible auprès de: Oxfam Publishing, 274 Banbury Road, Oxford OX2 7DZ, Royaume-Uni. Tél.: +44 1865 311 311 Fax: +44 1865 312 600

E-mail: publish@oxfam.org.uk Site web: www.oxfam.org.uk/publications

et auprès de ses agents et représentants de par le monde. Oxfam GB est une organisation caritative, enregistrée sous le n° 202918, membre d'Oxfam International

Conception graphique: DS Print and Redesign, Londres.

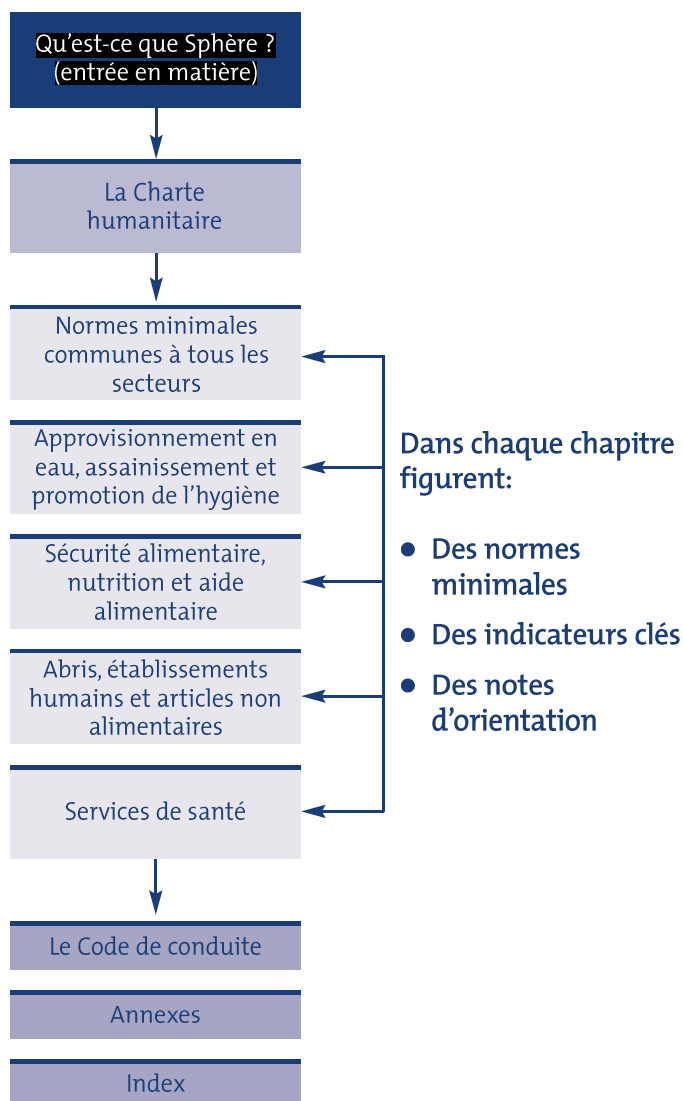
Impression: Musumeci, Aosta, Italie.

Traduction française : Isabelle Fernández (SOL Language)

Table des matières

Qu'est-ce que Sphère ?	5
La Charte humanitaire	17
Chapitre 1: Normes minimales communes à tous les secteurs.....	25
Chapitre 2: Normes minimales dans les secteurs de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène	61
Chapitre 3: Normes minimales dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire	121
Chapitre 4: Normes minimales dans les secteurs des abris, des établissements humains et des articles non alimentaires.....	241
Chapitre 5: Normes minimales dans le secteur des services de santé.....	295
Annexes	
1. Instruments juridiques qui étayent le manuel de Sphère...	371
2. <i>Le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe</i>	373
3. Remerciements	385
4. Sigles.....	389
Index	393
Informations sur le Projet Sphère	408
Formulaire de “feedback”	412

Structure globale du manuel



Qu'est-ce que Sphère ?

Qu'est-ce
que Sphère?

Sphère est un projet fondé sur deux convictions principales: premièrement, qu'il faut prendre toutes les mesures possibles pour atténuer les souffrances humaines causées par les calamités ou les conflits et, deuxièmement, que les personnes affectées par une catastrophe ont le droit de vivre dans la dignité et par conséquent de recevoir une assistance. Sphère, c'est trois choses: un manuel, un processus large de collaboration et l'expression d'un engagement concernant la qualité et la reddition de comptes.

Cette initiative a été lancée en 1997 par un groupe d'ONG humanitaires et le mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, qui ont formulé une Charte humanitaire et identifié des normes minimales à atteindre dans le cadre des programmes d'assistance lors de catastrophes, dans chacun des cinq secteurs clés (approvisionnement en eau et assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris et services de santé). Ce processus a abouti à la publication du premier manuel de Sphère, en 2000. Ensemble, la Charte humanitaire et les normes minimales contribuent à l'établissement d'un cadre opérationnel pour la reddition de comptes dans les interventions d'assistance lors de catastrophes.

La pierre angulaire de ce manuel est la Charte humanitaire, qui se base sur les principes et les dispositions du droit international humanitaire, du droit international des droits de l'homme, du droit relatif aux réfugiés et du *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales (ONG) lors des opérations de secours en cas de catastrophe*. La charte décrit les principes essentiels qui régissent l'action humanitaire et affirme les droits des populations affectées par les catastrophes, qu'elles soient naturelles ou provoquées par l'homme (y compris les conflits armés), à la protection et à l'assistance. Elle affirme également le droit des populations affectées par les catastrophes à vivre dans la dignité.

La charte souligne les responsabilités juridiques qui incombent aux États et aux parties en guerre de garantir le droit à la protection et à

l'assistance. Lorsque les autorités compétentes ne sont pas capables de s'acquitter de leurs responsabilités, ou ne sont pas disposées à le faire, elles sont obligées de permettre à des organisations d'aide d'apporter assistance humanitaire et protection.

Les normes minimales et les indicateurs clés ont été développés en ayant recours à de larges réseaux de praticiens dans chacun des secteurs. La plupart des normes et des indicateurs qui les accompagnent ne sont pas nouveaux mais viennent renforcer et adapter les connaissances et pratiques existantes. Pris dans leur ensemble, ils représentent un consensus remarquable au sein d'une large gamme d'entités, et réaffirment la détermination de chacune à veiller à ce que les droits de l'homme et les principes humanitaires soient respectés dans la pratique.

À ce jour, plus de 400 organisations, réparties dans 80 pays du monde entier, ont contribué au développement des normes minimales et des indicateurs clés. Cette nouvelle édition (2004) du manuel a fait l'objet d'une révision approfondie, en tenant compte des progrès techniques récents et des réactions et commentaires reçus d'organisations qui utilisent Sphère sur le terrain. Il convient de signaler tout particulièrement l'adjonction d'un sixième secteur, la sécurité alimentaire, qui a été intégré à ceux de la nutrition et de l'aide alimentaire. Un autre nouveau chapitre décrit en détail un certain nombre de normes relatives aux processus qui sont communes à tous les secteurs. Il s'agit entre autres de: la participation, l'évaluation initiale, l'intervention, le ciblage, le suivi, l'évaluation, et les compétences et la gestion du personnel. De plus, sept questions transversales (les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, le "genre", la protection, le VIH/sida et l'environnement) revêtant une importance pour tous les secteurs ont été prises en compte.

Quand utiliser ce livre

Le manuel de Sphère est conçu pour être utilisé dans le cadre d'interventions lors de catastrophes, et peut également s'avérer utile dans la préparation en vue de catastrophes et dans les travaux de "plaidoyer" (*advocacy* en anglais) humanitaire. Il est applicable dans toute une gamme de situations exigeant des secours humanitaires, y compris les catastrophes

naturelles et les conflits armés. Il est conçu pour être utilisé aussi bien dans des situations se déclarant soudainement que dans celles qui apparaissent progressivement, dans des environnements ruraux comme urbains, dans les pays en voie de développement et développés, où que ce soit dans le monde. Dans tout le manuel, l'accent est mis sur la satisfaction des besoins urgents de survie des populations affectées par la catastrophe, tout en affirmant leur droit humain fondamental à vivre dans la dignité.

Malgré cet axe central, les informations figurant dans ce manuel ne sont pas prescriptives. Elles peuvent être appliquées de manière flexible à d'autres situations, comme la préparation en vue de catastrophes et la transition suivant l'aide humanitaire. Elles ne sont pas destinées à être utilisées en réponse aux catastrophes technologiques, comme les calamités survenant dans les domaines industriel, chimique, biologique, nucléaire ou du transport. Cependant, bien qu'elles n'abordent pas spécifiquement les catastrophes de ce type, elles sont utiles pour les situations dans lesquelles les mouvements de populations ou autres conséquences découlant de ce type d'événement créent un besoin d'assistance humanitaire.

Calendrier

Le calendrier d'utilisation de ce manuel dépendra en grande partie du contexte. Il faudra parfois des jours, des semaines, voire des mois avant que les organisations ne soient en mesure de satisfaire les normes minimales et les indicateurs stipulés dans un secteur particulier. Dans certaines situations, les normes minimales peuvent être satisfaites sans qu'une quelconque intervention externe ne soit nécessaire. Un calendrier pour la mise en œuvre des normes et indicateurs doit être convenu dans toute situation donnée. Lorsque c'est approprié, les notes d'orientation suggèrent des calendriers réalistes pour cette mise en œuvre.

On trouve différentes approches parmi les organisations humanitaires quant à la façon de mener les activités de secours humanitaires, basées sur les différences d'identité, de mandat et de capacités. Ces différences mènent au concept de complémentarité, qui signifie que les organisations ont recours à des techniques ou des modes d'action différents pour s'acquitter de leur devoir d'assistance. Dans tous les contextes, l'intervention lors de catastrophes doit soutenir et/ou compléter les

services gouvernementaux existants pour ce qui est de la structure, de la conception et de la durabilité à long terme.

Comment utiliser ce livre

Il existe déjà de nombreux manuels destinés au terrain qui proposent des conseils pratiques aux travailleurs humanitaires. Ce livre n'est pas un "manuel d'instructions". Il propose plutôt un ensemble de normes minimales et d'indicateurs clés liés à différents aspects de l'action humanitaire, de l'évaluation initiale à la coordination en passant par le plaidoyer. Ces normes sont des postulats généraux qui définissent le niveau minimum à atteindre dans un contexte donné ; les indicateurs servent de "signaux" qui déterminent si oui ou non une norme a été observée ; et les notes d'orientation fournissent des informations supplémentaires.

Chacun des quatre chapitres techniques – approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène ; sécurité alimentaire, nutrition et aide alimentaire ; abris, établissements (humains) et articles non alimentaires ; et services de santé – comporte son propre ensemble de normes et d'indicateurs. Le chapitre initial, qui porte sur les normes communes, présente des lignes directrices relatives à la conception et à la mise en œuvre des programmes, qui sont applicables à tous les secteurs. Il est conseillé de lire ce chapitre en premier, avant de passer au chapitre technique qui intéresse plus particulièrement le lecteur.

Les notes d'orientation figurant dans chaque chapitre sont liées à des aspects spécifiques qui doivent être pris en compte au moment d'appliquer les normes dans différentes situations. Elles proposent des conseils sur les questions prioritaires et sur la façon d'aborder les difficultés pratiques, et peuvent en outre décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles. Les notes d'orientation sont toujours liées à un indicateur clé spécifique, et ce lien est signalé dans le texte. Les indicateurs clés seront toujours lus conjointement avec la note d'orientation associée.

Chacun des chapitres comporte en outre une brève introduction présentant les questions clés pour le secteur concerné, et des annexes qui incluent des listes de références choisies, avec les renseignements relatifs

aux sources supplémentaires d'informations techniques, des listes de contrôle pour les évaluations initiales et, s'il y a lieu, des formules, des tableaux et des exemples de formulaires de comptes rendus. Il est important de garder à l'esprit que tous les chapitres sont étroitement liés, et que les normes décrites dans un secteur doivent fréquemment être abordées conjointement avec celles présentées dans d'autres.

La différence entre les normes et les indicateurs

Les normes se basent sur le principe selon lequel les populations affectées par une catastrophe ont le droit de vivre dans la dignité. Elles sont de nature qualitative et se veulent universelles et applicables dans tout environnement où sont menées des opérations. Les indicateurs clés, en tant que mesures des normes, peuvent être de nature qualitative ou quantitative. Ils fonctionnent comme des outils permettant de mesurer l'impact des processus utilisés et des programmes mis en œuvre. Sans eux, les normes ne seraient guère plus que des postulats de bonnes intentions, difficiles à mettre en pratique.

Les normes pour les différents secteurs ne sont pas autonomes: elles sont interdépendantes. Cependant, il y a inévitablement une tension entre la formulation de normes universelles et l'aptitude à les appliquer dans la pratique. Chaque contexte est différent. Dans certaines situations, des facteurs locaux peuvent empêcher la réalisation de toutes les normes et de tous les indicateurs. Si tel est le cas, il faudra décrire l'écart entre les normes et les indicateurs figurant dans le manuel et ceux atteints dans la pratique, et expliquer les raisons de cet écart et ce qu'il faut changer.

Reconnaître les vulnérabilités et les capacités des populations affectées par une catastrophe

Afin de développer au maximum les stratégies d'adaptation des personnes affectées par une catastrophe, il est important de reconnaître les vulnérabilités, besoins et capacités de chacun des groupes affectés. Certains facteurs spécifiques, comme le sexe, l'âge, les handicaps et le statut relatif au VIH/sida, déterminent le niveau de vulnérabilité et influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans un contexte de catastrophe. En particulier, les femmes, les enfants, les personnes âgées et

les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) peuvent se heurter à des obstacles spécifiques dans leurs efforts en vue de faire face à la catastrophe, ainsi qu'à des barrières physiques, culturelles et sociales les empêchant d'accéder aux services et au soutien auxquels ils ont droit. Il est fréquent que les origines ethniques, l'affiliation religieuse ou politique, ou encore le déplacement mettent en situation de risque certaines personnes qui ne seraient autrement pas considérées comme vulnérables.

Si l'on ne reconnaît pas les besoins différents des groupes vulnérables et les barrières auxquelles ils se heurtent pour obtenir un accès égal à des services et à un soutien appropriés, ils risquent de se retrouver encore plus marginalisés et, dans certains cas, de se voir nier une assistance vitale. Il est essentiel de fournir aux populations affectées par une catastrophe des informations concernant leur droit à une assistance et aux moyens d'accéder à cette assistance. Il est tout particulièrement important de communiquer de telles informations aux groupes vulnérables car ils peuvent éprouver plus de difficultés que les autres à s'adapter et à se remettre lorsqu'ils doivent faire face à la perte ou à l'érosion de leurs biens, et ils peuvent donc avoir besoin d'un soutien plus important. La reconnaissance des groupes vulnérables spécifiques est primordiale pour comprendre comment ils sont affectés dans différents contextes de catastrophe et pour formuler une réponse en conséquence. Il convient tout particulièrement de protéger et d'assister tous les groupes affectés, ce de manière non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques.

Cependant, les populations affectées par une catastrophe, y compris celles appartenant aux groupes vulnérables, ne doivent pas être perçues comme des victimes sans défense. Ces populations et groupes possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités et sont dotés de structures qui leur permettent de s'adapter et de réagir face à une catastrophe, lesquelles doivent être reconnues et soutenues. Les individus, les familles et les communautés peuvent faire preuve d'une ingéniosité et d'un ressort remarquables face à une catastrophe, et les évaluations initiales devront tenir autant compte des capacités et des compétences que des besoins et des faiblesses de la population affectée. Que la catastrophe survienne subitement ou se développe progressivement, les individus et les communautés s'adapteront activement et se remettront de ses effets, selon leurs propres priorités.

Les groupes vulnérables clés sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les PVVS et les minorités ethniques. Cette liste n'est pas exhaustive, mais elle inclut les groupes les plus fréquemment identifiés. Tout au long de ce manuel, lorsque l'expression "groupe vulnérable" est utilisée, elle se réfère à tous ces groupes. Il peut y avoir des situations dans lesquelles un groupe particulier de personnes vulnérables court davantage de risques qu'un autre, mais chaque fois qu'un groupe est menacé, il est vraisemblable que d'autres groupes le seront aussi. En général, ce manuel évite de préciser un groupe particulier. Lorsque l'un quelconque de ces groupes est en situation de risque, les utilisateurs sont fortement encouragés à réfléchir clairement à tous les groupes mentionnés dans cette liste.

Questions transversales

Lors de la révision de ce manuel, on a pris soin d'aborder un certain nombre de questions qui revêtent une importance pour tous les secteurs. Elles concernent 1) les enfants, 2) les personnes âgées, 3) les personnes handicapées, 4) le "genre", 5) la protection, 6) le VIH/sida et 7) l'environnement. Elles ont été incorporées dans les sections appropriées de chaque chapitre, au lieu d'être abordées en parallèle. Ces questions particulières ont été choisies sur la base de leur rapport à la vulnérabilité, et parce qu'elles étaient celles qui étaient le plus fréquemment soulevées dans le *feedback* (réactions et commentaires) reçu des utilisateurs de Sphère sur le terrain. Le manuel ne saurait aborder toutes les questions transversales de façon exhaustive, mais il en reconnaît l'importance.

Les enfants Il faut prendre des mesures spéciales pour veiller à ce qu'aucun mal ne soit fait aux enfants et pour leur assurer un accès équitable aux services de base. Comme les enfants constituent souvent la plus grande partie de la population affectée, il est crucial que leurs vues et expériences non seulement soient obtenues durant les évaluations initiales et la planification lors de situations d'urgence, mais qu'elles influencent en outre la prestation, le suivi et l'évaluation des services humanitaires. Bien que la vulnérabilité dans certains aspects spécifiques (par ex. la malnutrition, l'exploitation, les enlèvements et le recrutement dans les forces armées, les violences sexuelles et l'absence d'occasions de

participer à la prise de décisions) puisse également s'appliquer à la population dans son ensemble, ce sont les enfants et les jeunes qui en ressentent l'impact de la façon la plus préjudiciable.

Aux termes de la Convention relative aux droits de l'enfant, les enfants de moins de 18 ans sont considérés comme des individus. Selon les contextes culturels et sociaux, toutefois, un enfant peut être défini différemment au sein de certains groupes démographiques. Il est essentiel d'entreprendre une analyse rigoureuse de la façon dont la communauté "cliente" (récipiendaire) définit les enfants, afin de veiller à ce qu'aucun enfant ou jeune ne soit exclu des services humanitaires.

Les personnes âgées Selon les Nations Unies, les femmes et hommes âgés sont ceux qui ont plus de 60 ans. Cependant, les facteurs culturels et sociaux signifient que cette définition varie d'un contexte à l'autre. Les personnes âgées forment une vaste proportion des individus les plus vulnérables au sein des populations affectées par des catastrophes, mais elles ont également des contributions clés à apporter sur les plans de la survie et de la réhabilitation. L'isolement est le facteur le plus significatif qui augmente la vulnérabilité des personnes âgées dans les situations de catastrophe. Outre la perturbation des modes de subsistance et des structures de soutien familial et communautaire, l'isolement vient exacerber les vulnérabilités existantes découlant des problèmes chroniques de santé et de mobilité et des déficiences mentales potentielles. Cependant, l'expérience démontre que les personnes âgées sont plus susceptibles d'être donatrices que récipiendaires d'aide. Lorsqu'elles sont soutenues, elles peuvent jouer des rôles importants en dispensant des soins, en gérant les ressources et en générant des revenus, tout en utilisant leurs connaissances et leur expérience des stratégies d'adaptation de la communauté pour contribuer à préserver les identités culturelles et sociales de la communauté et encourager la résolution des conflits.

Les personnes handicapées Dans toute catastrophe, les personnes handicapées – qui peuvent être définies comme celles souffrant de déficiences physiques, sensorielles ou émotionnelles ou ayant des difficultés d'apprentissage qui font qu'il leur est plus difficile d'utiliser les services et installations standard de soutien – sont tout particulièrement vulnérables. Pour qu'elles puissent survivre à une période de bouleversement et de déplacement, il faut que les services et installations

standard leur soient aussi accessibles que possible. Elles ont également besoin d'un réseau de soutien social qui leur donne les moyens de survivre, fonction en général assurée par la famille.

Le "genre" Les droits égaux des femmes et des hommes sont stipulés explicitement dans les documents relatifs aux droits de l'homme qui forment la base de la Charte humanitaire. Femmes et hommes, filles et garçons, tous ont les mêmes droits à l'assistance humanitaire, au respect de leur dignité humaine, à la reconnaissance de leurs capacités humaines égales, y compris l'aptitude à faire des choix, aux mêmes occasions d'agir en fonction de ces choix, et au même degré de pouvoir afin d'influencer le résultat de leurs actions.

Les interventions humanitaires sont plus efficaces lorsqu'elles se basent sur une compréhension des différents besoins, vulnérabilités, intérêts, capacités et stratégies d'adaptation des hommes et des femmes et des différents effets de la catastrophe sur eux. Pour parvenir à comprendre ces différences, ainsi que les inégalités entre les femmes et les hommes au niveau des rôles et des charges de travail, de l'accès aux ressources et de leur contrôle, du pouvoir de prise de décisions et des possibilités de développement des compétences, il faut procéder à une analyse du "genre". Le "genre" est un problème présent dans toutes les autres questions transversales. Les buts humanitaires de proportionnalité et d'impartialité supposent qu'il faut accorder une attention particulière à la réalisation de l'équité entre les femmes et les hommes et à la garantie de l'égalité des résultats.

La protection L'assistance et la protection sont les deux piliers, indivisibles, de l'action humanitaire. Les organisations humanitaires sont souvent confrontées à des situations dans lesquelles des actes ou des obstacles humains menacent la sécurité ou le bien-être fondamentaux de communautés tout entières ou de sections de la population, d'une façon qui constitue des violations des droits de la population tels que reconnus par le droit international. Ces actes ou obstructions peuvent prendre la forme de menaces directes pour le bien-être des personnes ou leurs moyens de survie, ou encore pour leur sécurité. Dans le contexte d'un conflit armé, la préoccupation humanitaire primordiale est de protéger les personnes contre ces menaces.

La forme d'assistance humanitaire et la façon dont elle est apportée peuvent avoir un impact significatif (positif ou négatif) sur la sécurité de la population affectée. Ce manuel ne décrit pas en détail les stratégies ou mécanismes de protection, ni la manière dont les organisations doivent s'acquitter de leurs responsabilités. Cependant, dans la mesure du possible, il se réfère aux aspects de la protection ou aux questions relatives aux droits – comme la prévention des abus et de l'exploitation sexuels, ou la nécessité d'assurer l'inscription adéquate de la population – car les organisations doivent prendre ces aspects en compte lorsqu'elles apportent une assistance.

VIH/sida Les mécanismes d'adaptation et le ressort des communautés sont affaiblis lorsqu'il y a une prévalence importante de VIH/sida, laquelle peut abaisser le seuil de tolérance à des facteurs de stress externes pouvant causer une catastrophe, et prolonger la période nécessaire à la communauté pour se remettre. Les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS) sont souvent victimes de discrimination, de sorte qu'il faut observer strictement les principes de confidentialité et, au besoin, offrir une protection. Cette maladie débilitante affecte non seulement les individus mais aussi leurs familles et leurs communautés respectives, puisque ce sont des jeunes dans l'âge le plus productif, et en particulier les femmes, qui sont affectés d'une façon disproportionnée – physiquement, psychologiquement et financièrement. Au fur et à mesure que la pandémie se développe et que le nombre de personnes qui en meurent augmente, les caractéristiques démographiques changent, les communautés comptant alors un nombre disproportionné d'enfants, y compris d'orphelins, et de personnes âgées. Ces groupes vulnérables ont besoin de recevoir une attention spéciale et il convient alors de modifier les programmes de secours en conséquence.

Environnement On comprend par environnement le cadre physique, chimique et biologique dans lequel les communautés affectées par la catastrophe et les communautés locales vivent et développent leurs moyens de subsistance. Il fournit les ressources naturelles qui permettent aux personnes de pourvoir à leurs besoins vitaux et détermine la qualité de leur cadre de vie. Il a besoin d'être protégé si l'on veut que ces fonctions essentielles soient maintenues. Les normes minimales abordent la nécessité d'empêcher la surexploitation, la pollution et la dégradation des conditions environnementales. Les actions minimales de prévention qu'elles proposent

visent à garantir les fonctions de soutien vital de l'environnement et cherchent à introduire des mécanismes qui favorisent l'adaptabilité des systèmes naturels pour qu'ils puissent se rétablir d'eux-mêmes.



Portée et limites du manuel de Sphère

L'aptitude des organisations à satisfaire les normes minimales dépendra d'une série de facteurs, dont certains sont sous leur contrôle et d'autres, comme les facteurs politiques et de sécurité, peuvent y échapper. Trois aspects revêtent une importance particulière: la mesure dans laquelle les organisations ont accès à la population affectée, si elles ont ou non obtenu le consentement et la coopération des autorités responsables, et si oui ou non elles peuvent travailler dans des conditions raisonnables sur le plan de la sécurité. Un aspect tout aussi crucial est la disponibilité de ressources financières, humaines et matérielles en quantité suffisante.

Bien que la Charte humanitaire soit un énoncé général de principes humanitaires, le présent manuel ne saurait à lui seul constituer un guide d'évaluation complet, ni un ensemble de critères pour l'action humanitaire. Tout d'abord, les normes minimales ne couvrent pas toutes les formes possibles d'assistance humanitaire appropriée. Deuxièmement, il y aura inévitablement des situations dans lesquelles il pourra s'avérer difficile, pour ne pas dire impossible, de satisfaire la totalité des normes. Il y a de nombreux facteurs – y compris le manque d'accès ou l'insécurité, l'insuffisance de ressources, la présence d'autres acteurs et la non-conformité au droit international – qui contribuent à la création de conditions dans lesquelles il est extrêmement difficile de mener des travaux humanitaires.

Par exemple, les organisations constateront parfois que les ressources dont elles disposent ne suffisent pas pour satisfaire les besoins de la population affectée ; il peut alors s'avérer nécessaire de classer les besoins par ordre de priorité, d'y répondre en conséquence et de mener un travail de plaidoyer en faveur de l'élimination des obstacles qui entravent la prestation d'une assistance et d'une protection adéquates. Dans les situations d'extrême vulnérabilité des populations locales face à la catastrophe, de pauvreté généralisée ou de conflit de longue durée, il est possible que les normes minimales dépassent les conditions de vie quotidiennes normales. Comme ceci peut donner lieu à un certain

ressentiment, il faut tenir compte des conditions locales, et concevoir les programmes en gardant à l'esprit l'égalité des populations affectées et environnantes.

On reconnaît que, dans bien des cas, tous les indicateurs et normes ne seront pas satisfaits – néanmoins, les utilisateurs de ce livre s'efforceront de les satisfaire du mieux qu'ils pourront. Dans la phase initiale d'une intervention, par exemple, il peut être plus important de fournir des installations de base à toute la population affectée que de satisfaire les normes minimales et les indicateurs pour seulement une partie de la population. Ce manuel ne peut pas aborder toutes les questions ni résoudre tous les dilemmes. En revanche, il peut servir de point de départ, en proposant des normes et des indicateurs issus d'un consensus découlant d'années d'expérience et de bonnes pratiques, des notes d'orientation conçues pour offrir une direction pratique, et la Charte humanitaire, qui suggère un cadre juridique et une base pour le travail de plaidoyer.

La Charte humanitaire et les normes minimales ne résoudront pas tous les problèmes des interventions humanitaires, et elles ne sauraient non plus empêcher toutes les souffrances humaines. Ce qu'elles offrent, c'est un outil permettant aux organisations humanitaires d'optimiser l'efficacité et la qualité de l'assistance qu'elles apportent, afin d'améliorer de manière significative la vie des personnes affectées par des catastrophes.



La Charte humanitaire

La Charte humanitaire

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

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

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

1 Principes

Nous réaffirmons notre foi en l'impératif humanitaire et en sa primauté. C'est dire que nous sommes convaincus que toutes les mesures possibles doivent être prises pour prévenir ou atténuer les souffrances humaines

qu'engendrent conflits et calamités, et que les populations ainsi touchées sont en droit d'attendre protection et assistance.

C'est sur la base de cette conviction, reflétée dans le droit international humanitaire et basée sur le principe d'humanité, que nous offrons nos services en tant qu'agences humanitaires. Nous agissons conformément aux principes d'humanité et d'impartialité, ainsi qu'aux autres principes énoncés dans le *Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophe* (1994). Le texte complet de ce Code de conduite figure en page 373.

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

1.1 Le droit de vivre dans la dignité

Ce principe est inscrit dans les normes juridiques concernant le droit à la vie, à un niveau de vie adéquat ainsi qu'à la protection contre les traitements ou les peines ayant un caractère cruel, inhumain ou dégradant. Nous estimons que le droit à la vie, pour tout individu, s'accompagne à la fois du droit à ce que des mesures soient prises pour préserver sa vie si elle est menacée et de l'obligation parallèle, pour les autres, de prendre de telles mesures. Cela signifie implicitement qu'il existe une obligation de ne pas refuser ou gêner la fourniture de l'assistance destinée à sauver des vies humaines. En outre, le droit international humanitaire contient des dispositions spécifiques en vue de la fourniture d'une assistance aux populations civiles durant les conflits, obligeant par là même les États et autres parties à accepter la prestation d'une assistance de caractère humanitaire et impartial lorsque la population civile est privée de biens essentiels.¹

1.2 La distinction entre combattants et non-combattants

C'est la distinction qui sous-tend les Conventions de Genève de 1949 et leurs Protocoles additionnels de 1977. Il est de plus en plus fait entorse à ce principe fondamental, ainsi que le montre l'augmentation très marquée du nombre de victimes civiles dans les conflits de la seconde moitié du XX^e siècle. Le fait que les conflits internes soient souvent qualifiés de

“guerres civiles” ne doit pas nous empêcher de faire la distinction nécessaire entre, d’une part, les combattants activement engagés dans les hostilités et, d’autre part, les civils et tous ceux qui, comme les belligérants malades, blessés et prisonniers, n’y jouent aucun rôle direct. Les non-combattants sont des personnes protégées au sens du droit international humanitaire et ont droit à l’immunité contre les attaques.²

1.3 Le principe de non-refoulement

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

2 Les rôles et responsabilités

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

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

2.3 Ce sont ces rôles et responsabilités majeurs qui définissent notre rôle en tant qu’agences humanitaires. La fonction que nous assumons dans le cadre des actions de secours humanitaire reflète une réalité, à savoir que ceux tenus, au premier chef, d’assumer la charge de l’assistance ne sont pas toujours capables, ou désireux, de le faire. Il

s'agit parfois d'un problème de capacité. Il s'agit aussi parfois d'un non-respect délibéré des obligations fondamentales – juridiques et morales – qui engendre maintes souffrances humaines évitables.

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

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

3 Les normes minimales

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

En adhérant aux normes énoncées dans les chapitres 1 à 5, nous nous engageons à n'épargner aucun effort pour que les personnes affectées par une catastrophe aient, au moins, accès à l'essentiel (eau, assainissement, nourriture, nutrition, abris et soins médicaux) afin de satisfaire leur droit fondamental de vivre dans la dignité. À cette fin, nous continuerons à encourager les gouvernements et les autres parties à honorer leurs obligations découlant de la législation internationale

des droits de l'homme, du droit international humanitaire et du droit des réfugiés.

Nous sommes prêts à rendre compte du respect de cet engagement et à mettre en place – au sein de nos agences, consortiums et fédérations respectifs – des systèmes de reddition de comptes. Nous reconnaissons que notre responsabilité fondamentale est celle que nous assumons vis-à-vis de ceux que nous nous efforçons d'aider.

Notes

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

Sources

Les instruments suivants ont éclairé la présente charte:

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

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

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

Les quatre Conventions de Genève (1949) et leurs deux Protocoles additionnels (1977).

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

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

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

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

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

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



Chapitre 1: Normes minimales communes à tous les secteurs

Comment utiliser ce chapitre

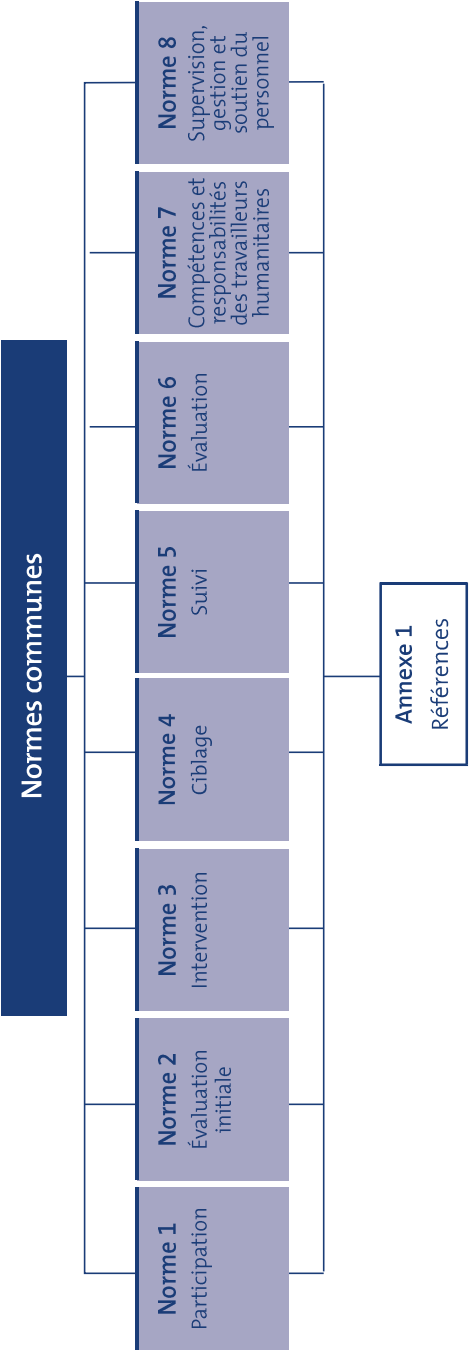
Ce chapitre décrit en détail huit normes essentielles relatives “au processus et aux personnes” qui revêtent une importance pour chacun des secteurs techniques. Ces normes sont: 1) participation, 2) évaluation initiale, 3) intervention, 4) ciblage, 5) suivi, 6) évaluation, 7) compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires et 8) supervision, gestion et soutien du personnel. Chacune englobe les éléments suivants:

- *les normes minimales*: elles sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimaux à atteindre ;
- *les indicateurs clés*: ce sont des “signaux” qui indiquent si oui ou non la norme a été satisfaite. Ils constituent un moyen de mesurer et de communiquer l’impact, ou le résultat, des programmes ainsi que des processus et des méthodes utilisés. Les indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs ;
- *les notes d’orientation*: elles englobent des aspects spécifiques à prendre en compte lors de l’application des normes et des indicateurs dans différentes situations, des suggestions sur la manière de faire face aux difficultés pratiques, et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux normes ou aux indicateurs, et décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles.

À la fin du chapitre on trouvera une liste de références choisies, qui indiquent des sources d’information sur les questions générales et également sur les questions spécifiques d’ordre technique liées aux normes.

Table des matières

Introduction	29
1. Participation	32
2. Évaluation initiale	34
3. Intervention	38
4. Ciblage	41
5. Suivi	43
6. Évaluation.....	45
7. Compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires	46
8. Supervision, gestion et soutien du personnel	48
 Annexe 1: Références	 51



Introduction

Ces normes communes sont liées à chacun des chapitres de ce manuel et font partie intégrante de tous ces chapitres. En mettant en œuvre les normes décrites ici, les organisations soutiendront la réalisation des normes décrites dans les chapitres techniques.

Liens avec les instruments juridiques internationaux

Chacun a le droit de vivre dans la dignité et le respect de ses droits de l'homme. Il incombe aux organisations humanitaires d'apporter une assistance d'une manière qui soit conforme aux droits de l'homme, y compris le droit à la participation, à la non-discrimination et à l'information, tels que stipulés dans l'ensemble des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux interventions humanitaires et aux réfugiés. Dans la *Charte humanitaire et le Code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les organisations non gouvernementales lors des opérations de secours en cas de catastrophe*, les organisations humanitaires s'engagent à rendre des comptes à ceux qu'elles cherchent à aider. Les normes communes décrivent dans leurs grands traits les responsabilités des organisations et des individus lorsqu'ils offrent une protection et une assistance.

Normes
communes

Importance des normes communes à tous les secteurs

Les programmes qui cherchent à satisfaire les besoins des populations affectées par une catastrophe doivent se fonder sur une compréhension claire du contexte. Les évaluations initiales analyseront la nature de la catastrophe et son effet sur la population. Les capacités des personnes affectées et les ressources à leur disposition seront identifiées lors de l'évaluation de leurs besoins et vulnérabilités et des lacunes éventuelles au niveau des services de base. Aucun secteur ne peut être considéré isolément des autres, ou isolément de l'économie, des croyances religieuses et traditionnelles, des pratiques sociales, des facteurs politiques et de sécurité, des mécanismes d'adaptation ou des

développements futurs prévus. Il est crucial de procéder à une analyse des causes et des effets de la catastrophe. Si le problème n'est pas correctement identifié et compris, il sera difficile, voire impossible, d'intervenir de façon appropriée.

L'intervention dépend d'un certain nombre de facteurs, y compris la capacité de l'organisation, son (ou ses) domaine(s) de connaissances spécialisées, ses contraintes budgétaires, sa familiarité avec la région ou la situation, et les risques pour son personnel en matière de sécurité. Les normes d'intervention décrites ici sont destinées à expliciter "qui fait quoi et quand". Une fois qu'une intervention appropriée a été déterminée, il faut établir des mécanismes de ciblage qui permettent aux organisations d'apporter une assistance, impartialement et sans discrimination, selon les besoins.

Des systèmes de suivi devront être établis dès le début du processus afin de mesurer de manière continue les progrès réalisés par rapport aux objectifs fixés et de vérifier que le programme demeure utile dans un contexte en évolution. Une évaluation pourra être effectuée soit durant soit après l'intervention, afin de déterminer l'efficacité globale du programme et d'en tirer des leçons susceptibles d'améliorer des programmes similaires à l'avenir.

La qualité de l'assistance humanitaire dépendra des compétences, des aptitudes, des connaissances et de l'engagement des membres du personnel et des volontaires, lesquels travaillent souvent dans des situations difficiles et parfois dangereuses. Une gestion et une supervision robustes sont des éléments clés de tout programme d'assistance et, conjointement avec le développement des capacités, peuvent contribuer à faire en sorte que les normes minimales de l'assistance humanitaire soient respectées. Étant donnée l'importance des questions de "genre" et autres questions transversales, il conviendra de prendre en compte la diversité des ressources humaines lors de la formation d'une équipe.

La participation des personnes affectées par la catastrophe – y compris les groupes vulnérables décrits ci-après – à l'évaluation, au développement, à la mise en œuvre et au suivi des interventions devra être portée au maximum afin de veiller à ce que toute intervention lors

d'une catastrophe soit appropriée et de qualité. Le partage systématique des connaissances et des informations entre toutes les personnes prenant part à l'intervention est fondamental pour arriver à une compréhension commune des problèmes et à une coordination efficace entre les organisations.

Liens avec les autres chapitres

Il est crucial que ce chapitre soit lu en premier avant de passer au secteur technique qui intéresse plus particulièrement le lecteur.

Vulnérabilités et capacités des populations affectées par une catastrophe

Les groupes qui courent le plus fréquemment des risques lors de catastrophes sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS). Dans certains contextes, les personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leur origine ethnique, de leur affiliation religieuse ou politique, ou de leur déplacement. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe, et celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte.

Tout au long du manuel, l'expression "groupes vulnérables" se réfère à tous ces groupes. Lorsque l'un quelconque de ces groupes court des risques, il est probable que les autres seront également menacés. Par conséquent, chaque fois que les groupes vulnérables sont mentionnés, on demande instamment aux utilisateurs de prendre en considération tous ceux énumérés ici. Il faut veiller tout particulièrement à protéger et à assister tous les groupes affectés de façon non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques. Cependant, il faut également garder à l'esprit que les populations touchées par une catastrophe possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités propres pour faire face à la situation, lesquelles doivent être reconnues et soutenues.

Les normes minimales

Norme commune 1: participation

La population affectée par la catastrophe participe activement à l'évaluation, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme d'assistance.

Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes de référence)

- Les femmes et les hommes de tous âges des populations affectées par la catastrophe et de la population locale en général, y compris les groupes vulnérables, reçoivent des informations sur le programme d'assistance et sont encouragés à présenter des commentaires à l'organisme chargé de l'assistance durant toutes les étapes du projet (Cf. note d'orientation 1).
- Les objectifs et plans écrits du programme d'assistance devront refléter les besoins, les préoccupations et les valeurs des personnes affectées par la catastrophe, en particulier celles appartenant aux groupes vulnérables, et contribuer à leur protection (Cf. notes d'orientation 1- 2).
- Toutes les étapes des programmes sont conçues de manière à porter au maximum l'utilisation des compétences et des capacités locales (Cf. notes d'orientation 3-4).

Notes d'orientation

1. Représentation de tous les groupes: la participation des personnes affectées par la catastrophe à la prise de décisions tout au long du projet (évaluation initiale, conception, mise en œuvre, suivi et évaluation) contribue à garantir l'équité et l'efficacité des programmes. Il faudra faire des efforts spéciaux pour veiller à ce que chaque groupe de la population soit représenté dans le cadre du programme d'assistance, y compris les groupes vulnérables et marginalisés. La participation est un moyen efficace pour garantir que les programmes se basent sur la coopération spontanée des personnes affectées par la catastrophe et qu'ils respectent la culture

locale, lorsque ceci n'a pas pour effet de saper les droits des individus. Les programmes d'assistance doivent refléter l'interdépendance des individus, des ménages et des communautés et veiller à ce que les éléments de protection ne soient pas négligés.

2. Communication et transparence: le partage des informations et des connaissances entre toutes les personnes concernées est fondamental pour parvenir à mieux comprendre le problème et à apporter une assistance coordonnée. Les résultats des évaluations devront être activement communiqués à toutes les organisations et à tous les individus concernés. Il faudra établir des mécanismes pour permettre aux personnes de faire des commentaires sur le programme, par exemple par le biais de réunions publiques ou au travers d'organisations à base communautaire. Pour les individus qui doivent garder la maison ou sont handicapés, des programmes spécifiques de proximité seront peut-être requis.

3. Capacité locale: la participation au programme doit renforcer le sentiment de dignité et d'espoir des personnes en temps de crise et doit être encouragée de différentes façons. Les programmes doivent être conçus de manière à se baser sur la capacité locale sans miner les stratégies d'adaptation propres des personnes.

4. Durabilité à long terme: en général, c'est au cours du renforcement des capacités locales face aux catastrophes que l'on observe des changements positifs à long terme. Un programme d'intervention lors d'une catastrophe devra soutenir et/ou compléter les services et les institutions locales déjà en place et être durable au-delà de la période de prestation de l'assistance externe. Les organisations gouvernementales locales et nationales ont des responsabilités fondamentales vis-à-vis des populations et doivent être consultées lors de la conception à plus long terme des programmes lorsque c'est faisable.

Norme minimale 2: évaluation initiale

Les évaluations permettent de comprendre les circonstances de la catastrophe et d'analyser les menaces pesant sur la vie, la dignité, la santé et les moyens de subsistance afin de déterminer, dans le cadre d'une consultation avec les autorités compétentes, si une intervention externe est requise et, dans l'affirmative, quelle devra en être la nature.

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

- Les informations sont recueillies en utilisant des procédures standardisées et mises à la disposition de tous de manière à permettre une prise de décisions transparente (Cf. note d'orientation 1-6).
- L'évaluation prend en considération tous les secteurs techniques (eau et assainissement, nutrition, nourriture, abris, santé), ainsi que l'environnement physique, social, économique, politique et la sécurité (Cf. note d'orientation 7).
- Au travers d'une consultation, l'évaluation prend en compte les interventions des autorités locales et nationales et des autres acteurs et organisations (Cf. note d'orientation 7).
- Les capacités et stratégies locales d'adaptation à la catastrophe, tant celles de la population affectée que celles de la population environnante, sont identifiées (Cf. note d'orientation 8).
- Dans la mesure du possible, les données sont ventilées par sexe et par âge (Cf. note d'orientation 9).
- L'évaluation est étayée par les droits des personnes affectées par les catastrophes, tels que définis dans les textes internationaux.
- L'évaluation prend en compte la responsabilité des autorités compétentes de protéger et d'apporter une assistance à la population sur le territoire sur lequel elles exercent un contrôle, et elle tient également compte des lois, des normes et des lignes

directrices nationales applicables là où se trouve la population affectée, pourvu qu'elles soient conformes au droit international.

- L'évaluation englobe une analyse de l'environnement dans lequel sont menées les opérations, y compris les facteurs qui affectent la sûreté et la sécurité personnelles de la population affectée et des membres du personnel humanitaire (Cf. note d'orientation 10).
- Les estimations des nombres de personnes affectées sont vérifiées par recoupement et validées avec le plus grand nombre possible de sources, et la base de l'estimation est indiquée.
- Les conclusions de l'évaluation sont mises à la disposition des autres secteurs, des autorités locales et nationales et des représentants de la population affectée. Des recommandations sont faites sur la nécessité d'une assistance externe, et sur les interventions appropriées qui devraient être reliées aux stratégies de sortie ou de transition (Cf. note d'orientation 11).



On trouvera des listes de contrôle pour l'évaluation pour chacun des secteurs dans les annexes figurant à la fin de chaque chapitre technique.

Notes d'orientation

- 1. Les évaluations initiales** constituent la base de la prestation de toute assistance immédiate éventuellement nécessaire et permettent en outre d'identifier les domaines sur lesquels il faudra concentrer un bilan plus détaillé. Une évaluation initiale n'est pas une fin en soi, mais doit être perçue comme une première étape dans un processus continu de révisions et de mises à jour de la stratégie de suivi, en particulier lorsque la situation évolue rapidement, ou bien lorsqu'il se produit des développements cruciaux comme d'importants mouvements de population ou la flambée d'une maladie. Souvent, il ne sera pas possible d'aborder de manière adéquate ou de consulter tous les secteurs ou groupes de la population. Lorsqu'il en est ainsi, il faudra préciser clairement quels groupes ont été omis, et s'efforcer de retourner à eux à la première occasion.
- 2. Les listes de contrôle:** elles sont un moyen utile de veiller à ce que les domaines clés soient examinés ; des exemples de listes de contrôle sont

proposés dans les annexes de chacun des chapitres techniques de ce manuel. On trouvera des informations supplémentaires à ce sujet dans l'annexe 1 (Références), page 51.

- 3. Opportunité:** une évaluation initiale sera effectuée dès que possible après le début de la catastrophe, tout en pourvoyant aux besoins vitaux ou autres besoins cruciaux. Il est conseillé de produire un rapport dans un délai de quelques jours, et d'opter pour un format et un contenu qui permettront aux planificateurs et aux analystes d'identifier facilement les priorités et de concevoir rapidement un programme approprié. Une évaluation plus approfondie sera nécessaire par la suite afin d'identifier les lacunes dans l'assistance et de fournir des informations de référence.
- 4. L'équipe d'évaluation:** une équipe mixte et équilibrée de généralistes et de spécialistes techniques compétents et munis d'un mandat clair, qui s'efforce de faire participer la population d'une façon culturellement acceptable, améliorera la qualité de l'évaluation. Il est crucial d'avoir des connaissances sur le contexte local et une expérience préalable des catastrophes dans le pays ou la région.
- 5. Collecte des informations:** les membres de l'équipe devront bien comprendre les objectifs et la méthodologie de l'évaluation, ainsi que leurs propres rôles, avant que le travail sur le terrain ne démarre, et utiliseront normalement un mélange de méthodes quantitatives et qualitatives appropriées pour le contexte. Certains individus ou groupes ne seront peut-être pas en mesure de s'exprimer ouvertement, auquel cas on envisagera de prendre des dispositions spéciales pour recueillir des informations "sensibles". Les informations seront traitées avec le plus grand soin et la confidentialité doit en être assurée. Une fois le consentement de l'individu obtenu, on envisagera peut-être de transmettre ces informations à des acteurs ou institutions appropriés. Les membres du personnel qui travaillent dans des situations de conflit doivent être conscients du fait que les informations recueillies peuvent être sensibles, être employées abusivement ou compromettre l'aptitude même de l'organisation à opérer.
- 6. Sources d'information:** les informations pour le rapport d'évaluation initiale peuvent être compilées à partir de sources primaires, y compris l'observation directe et les discussions avec des individus clés, comme les membres du personnel d'organisations, les autorités locales, les leaders communautaires (hommes et femmes), les aînés, les enfants, le personnel

soignant, les enseignants, les commerçants et autres acteurs concernés, et à partir de sources secondaires, comme les documents et rapports existants (publiés ou pas), le matériel historique approprié et les données sur la situation pré-urgence. Les plans nationaux ou régionaux de préparation en vue de catastrophes éventuelles constituent aussi une source importante d'information. Il est crucial de comparer les informations secondaires aux résultats de l'observation et du jugement direct afin de réduire au minimum les partis pris potentiels. Les méthodes utilisées pour recueillir des informations et les limites des données obtenues devront être clairement communiquées afin de brosser un tableau réaliste de la situation. Le rapport de l'évaluation initiale indiquera clairement les préoccupations spécifiques et les recommandations exprimées par tous les groupes, notamment ceux qui sont tout particulièrement vulnérables.

7. Évaluations sectorielles: il n'est pas toujours possible de procéder à une évaluation multisectorielle durant la phase initiale d'une catastrophe, évaluation qui pourrait par ailleurs retarder les actions visant à satisfaire les besoins cruciaux dans des secteurs spécifiques. Lorsque des évaluations sectorielles individuelles sont effectuées, il faut accorder une attention supplémentaire aux liens avec les autres secteurs et à des questions plus larges de contexte et de protection, dans le cadre d'une consultation avec d'autres acteurs et organisations.

8. Relation avec la population d'accueil: la fourniture d'installations et la prestation d'un soutien aux populations déplacées peut donner lieu à un certain ressentiment au sein de la communauté d'accueil, en particulier lorsque les ressources existantes sont limitées et doivent être partagées avec les nouveaux venus. Pour réduire au minimum les tensions, il faudra consulter les populations d'accueil. Il faudra également, dans la mesure du possible, que le développement d'infrastructures et de services pour les populations déplacées entraîne une amélioration durable des moyens de subsistance des populations d'accueil.

9. Ventilation des données: cette opération est importante pour des raisons diverses. Elle permet aux utilisateurs de l'évaluation de vérifier l'exactitude des résultats et de procéder à des comparaisons avec des études antérieures sur le même domaine. En plus de l'âge, du sexe, de la vulnérabilité, etc., il est utile d'inclure la taille moyenne des familles et le nombre de ménages comme informations clés ventilées, car ceci facilitera

la planification d'une intervention plus appropriée. Au début d'une catastrophe, il peut s'avérer difficile de ventiler les informations par âge et par sexe. Cependant, la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans seront documentées dès le début, car cette section de la population est en général soumise à des risques tout particulièrement importants. Dans la mesure où le temps et les conditions le permettent, on tentera de ventiler encore plus les informations, afin de déceler d'autres différences éventuelles en fonction de l'âge, du sexe et de la vulnérabilité.

10. Contexte sous-jacent: l'évaluation initiale et l'analyse ultérieure devront prendre en compte les questions sous-jacentes relatives à la sécurité, aux structures, ainsi qu'au contexte politique, économique, démographique et environnemental. De même, il faudra prendre en considération tous les changements survenus dans les conditions de vie et les structures communautaires des populations d'accueil et déplacées par rapport à la phase pré-catastrophe.

11. Rétablissement: l'analyse et la planification pour la période de rétablissement post-catastrophe devront faire partie de l'évaluation initiale, car l'aide externe peut ralentir le rétablissement si elle n'est pas apportée d'une manière qui soutient les propres mécanismes de survie de la population locale.

Norme commune 3: intervention

Une intervention humanitaire est requise dans les situations où les autorités compétentes ne sont pas en mesure de répondre aux besoins de protection et d'assistance de la population se trouvant sur le territoire sous leur contrôle, ou ne sont pas disposées à le faire, et lorsque l'évaluation initiale et l'analyse indiquent que ces besoins ne sont pas satisfaits.

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

- Lorsque des personnes risquent la mort suite à une catastrophe, les programmes donnent la priorité aux besoins à satisfaire pour sauver des vies (Cf. note d'orientation 1).

- Les programmes et les projets sont conçus pour soutenir et protéger la population affectée et pour promouvoir ses moyens de subsistance, de manière à atteindre ou à dépasser les normes minimales de Sphère, telles qu'elles sont illustrées par les indicateurs clés (Cf. note d'orientation 2).
- Il y a une coordination et un échange d'informations efficaces entre les personnes affectées par l'intervention post-catastrophe et celles qui y prennent part. Les organisations humanitaires entreprennent des activités sur la base des besoins, lorsque leurs connaissances techniques spécialisées et leur capacité peuvent avoir l'impact le plus important dans le programme global d'assistance (Cf. note d'orientation 3).
- Les organisations, les programmes et les projets qui ne peuvent pas répondre aux besoins identifiés ou qui ne sont pas à même d'atteindre les normes minimales communiquent leurs lacunes éventuelles pour que d'autres entités puissent apporter leur aide (Cf. notes d'orientation 4-5).
- Dans les situations de conflit, le programme d'assistance tient compte de l'impact possible de l'intervention sur la dynamique de la situation (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

- 1. Répondre aux besoins réels:** l'intervention humanitaire doit être organisée de manière à satisfaire les besoins se dégageant de l'évaluation. Il faut veiller à ne pas inclure dans les filières de livraison des articles superflus qui pourraient entraver l'acheminement des articles essentiels.
- 2. Atteindre les normes minimales:** les programmes et les projets de l'intervention seront conçus de manière à combler l'écart entre les conditions de vie existantes et les normes minimales de Sphère. Il est néanmoins important de faire la distinction entre les besoins urgents et les besoins chroniques de la population affectée. Dans de nombreux cas, les besoins humanitaires et les ressources qui seraient requises pour permettre à une communauté, une zone, une région, voire un pays d'atteindre les normes minimales dépassent de loin les ressources disponibles. Une

organisation ne peut pas s'attendre à obtenir ce résultat à elle seule, et les communautés, leurs voisins, les gouvernements d'accueil, les bailleurs de fonds et les autres organisations locales et internationales ont tous un rôle important à jouer. La coordination entre les entités qui interviennent dans une situation de catastrophe est essentielle pour combler les lacunes cruciales.

- 3. Capacité et connaissances spécialisées:** dans les situations où une organisation est hautement spécialisée, ou bien munie d'un mandat pour répondre à certains besoins (ou groupes) particuliers, elle cherchera à produire l'impact humanitaire le plus important possible en utilisant sa propre base de ressources et de compétences. Toutefois, même dans les limites spécifiques de ses connaissances spécialisées ou de son mandat, il est probable que les besoins humanitaires globaux dépasseront ses ressources organisationnelles. Lorsqu'une organisation constate que sa capacité dépasse les besoins, elle devra signaler cette capacité à la communauté plus large des entités humanitaires qui sont intervenues et apporter sa contribution au moment et aux endroits où le besoin s'en fait sentir.
- 4. Signaler les lacunes:** bien que les organisations humanitaires préfèrent faire état des succès de leurs programmes et d'évaluations positives d'initiatives en cours afin de faciliter le financement de programmes futurs, elles doivent toutefois être prêtes à reconnaître rapidement les lacunes dans leur capacité de satisfaire les besoins fondamentaux.
- 5. Partage des informations:** les organisations qui identifient des besoins cruciaux doivent en informer la communauté dans son ensemble dès que possible, afin de permettre aux organisations qui disposent des ressources et de la capacité les plus appropriées d'intervenir. Dans la mesure du possible, elles utiliseront la terminologie, les normes et les procédures reconnues pour aider les autres à préparer leurs interventions plus rapidement et efficacement. L'utilisation de formats et de lignes directrices standard pour les questionnaires, convenus entre le gouvernement d'accueil et les organisations au niveau du pays, peuvent considérablement faciliter la tâche à cet égard.
- 6. Porter au maximum l'impact positif et limiter les dommages:** les conflits et la concurrence pour obtenir des ressources peu abondantes entraînent souvent une insécurité accrue, l'emploi abusif ou le détournement de l'aide, sa distribution inéquitable ou sa déviation.

Comprendre la nature et la source du conflit contribue à faire en sorte que l'aide soit distribuée de manière impartiale et réduit ou évite les effets négatifs. Dans les situations de conflit, une analyse des acteurs, des mécanismes, de la problématique et du contexte du conflit devra être effectuée avant la planification du programme.

Norme commune 4: ciblage

L'assistance ou les services humanitaires sont fournis de manière équitable et impartiale, sur la base de la vulnérabilité et des besoins des individus ou groupes affectés par la catastrophe.

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

- Les critères de ciblage doivent se baser sur une analyse complète de la vulnérabilité (Cf. note d'orientation 1).
- Les mécanismes de ciblage sont convenus entre les membres de la population affectée (y compris les représentants de groupes vulnérables) et les acteurs appropriés. Les critères de ciblage sont clairement définis et diffusés largement (Cf. notes d'orientation 2-3).
- Les mécanismes et les critères de ciblage ne doivent pas miner la dignité et la sécurité des individus, ni accroître leur vulnérabilité face à l'exploitation (Cf. notes d'orientation 2-3).
- Les systèmes de distribution sont suivis pour veiller à ce que les critères de ciblage soient respectés et à ce que des mesures correctives opportunes soient prises au besoin (Cf. notes d'orientation 4-5).

Notes d'orientation

- 1. But du ciblage:** il consiste à satisfaire les besoins des plus vulnérables, tout en apportant une aide d'une manière efficace visant à réduire la dépendance au minimum.
- 2. Mécanismes de ciblage:** il s'agit des outils disponibles pour apporter, de manière impartiale et non discriminatoire, une assistance répondant aux

besoins des populations. Ces outils, parmi lesquels figurent le ciblage basé sur les informations fournies par la communauté (ciblage communautaire), le ciblage administratif et l'auto-ciblage, peuvent être utilisés seuls ou conjointement. Les travailleurs des organisations devront être conscients du fait que l'auto-ciblage peut parfois exclure certains groupes vulnérables. Pour veiller à ce que la population affectée par une catastrophe soit consultée et approuve les décisions relatives au ciblage, un groupe représentatif de femmes et d'hommes, de garçons et de filles, et de personnes issues des groupes vulnérables devra être inclus dans le processus de consultation. Dans les situations de conflit, il est essentiel de comprendre la nature et la source du conflit et la manière dont ces aspects peuvent influencer sur les décisions administratives et communautaires portant sur le ciblage de l'assistance.

3. Critères de ciblage: ils sont en général liés au niveau ou au degré de vulnérabilité d'une communauté, d'un ménage ou d'un individu, lesquels sont déterminés par les risques que présente la catastrophe et la capacité d'adaptation des bénéficiaires. La dignité individuelle peut être involontairement minée par des critères et des mécanismes de ciblage inadaptés et il faut prendre des mesures appropriées pour éviter ce cas de figure. En voici quelques exemples:

- Dans le cadre d'un ciblage administratif ou communautaire, les demandes d'informations peuvent porter sur les biens d'un individu. Ce genre de question peut être perçu comme indiscret et peut potentiellement miner les structures sociales.
- Les ménages qui comptent en leur sein des enfants souffrant de malnutrition sont souvent ciblés pour recevoir une assistance alimentaire sélective. Cette approche peut nuire à la dignité des personnes, car elle peut encourager les parents à empêcher leurs enfants de prendre du poids pour qu'ils continuent de recevoir des rations sélectives. Ceci peut également s'appliquer lorsque des rations générales sont fournies.
- Lorsque l'assistance est ciblée au travers de systèmes locaux de clans, les personnes qui ne font pas partie de ces systèmes (par ex. les individus déplacés) sont susceptibles d'être exclues.
- Les femmes, les filles et les garçons déplacés peuvent être soumis à la coercition sexuelle.

- Les personnes souffrant du VIH/sida peuvent être stigmatisées. La confidentialité devra être observée à tout moment.

4. L'accès aux installations et aux services et leur utilisation:

l'utilisation des installations et des biens fournis est affectée par de nombreux facteurs, comme leur facilité d'accès, leur sécurité, leur commodité, leur qualité et s'ils sont oui ou non appropriés pour les besoins et les coutumes. L'accès peut être tout particulièrement limité dans des situations de conflit armé, et par des facteurs comme la corruption, l'intimidation et l'exploitation (y compris à des fins sexuelles). Dans la mesure du possible, les facteurs qui limitent l'utilisation des installations seront rectifiés au travers de la mobilisation de la communauté ou de révisions apportées au programme. Il est essentiel de veiller à ce que la phase de consultation avant et pendant la mise en œuvre du programme englobe une discussion adéquate avec les femmes, les enfants et les autres groupes vulnérables, pour lesquels les obstacles à l'utilisation de ces installations ou services seront probablement les plus considérables.

- 5. Suivi des erreurs d'exclusion et d'inclusion:** lorsqu'un système de ciblage ne parvient pas à atteindre toutes les personnes vulnérables dans le besoin après une catastrophe, leur situation peut rapidement devenir critique. Il faut prendre des dispositions pour mettre à jour et affiner les systèmes de ciblage et de distribution afin d'assurer une couverture plus efficace.

Norme commune 5: suivi

L'efficacité du programme dans sa manière de répondre aux problèmes est évaluée et les changements qui surviennent dans le contexte plus général sont continuellement suivis, en vue d'améliorer le programme ou de le retirer progressivement, selon ce qui sera requis.

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

- Les informations recueillies pour le suivi sont opportunes et utiles, elles sont enregistrées et analysées de manière exacte, logique, cohérente, régulière et transparente, et elles influent sur le programme en cours (Cf. notes d'orientation 1-2).

- Des systèmes sont mis en place pour veiller à la collecte régulière d'informations dans chacun des secteurs techniques et pour déterminer si oui ou non les indicateurs de chaque norme sont satisfaits.
- Les femmes, les hommes et les enfants de tous les groupes affectés sont consultés régulièrement et prennent part aux activités de suivi (Cf. note d'orientation 3).
- Des systèmes sont mis en place pour permettre un flux d'informations entre le programme, les autres secteurs, les groupes affectés de la population, les autorités locales compétentes, les bailleurs de fonds et les autres acteurs, selon les besoins (Cf. note d'orientation 4).

Notes d'orientation

- 1. Utilisation des informations découlant du suivi:** les situations de catastrophes sont instables et dynamiques. Il est donc essentiel de disposer d'informations mises à jour régulièrement pour veiller à ce que les programmes restent appropriés et efficaces. Un suivi régulier permet aux responsables de déterminer les priorités, d'identifier les problèmes naissants, de suivre les tendances, de déterminer l'effet de leurs interventions et d'orienter les modifications apportées à leurs programmes. Les informations découlant du suivi continu des programmes peuvent être utilisées pour les révisions, les évaluations et à d'autres fins. Dans certaines situations, un changement de stratégie peut être requis pour réagir à des changements importants au niveau des besoins ou du contexte.
- 2. Utilisation et diffusion des informations:** les informations recueillies doivent revêtir une utilité directe pour le programme – autrement dit, elles doivent être pertinentes et suivies d'une action. Elles doivent également être documentées et mises à la disposition, de façon proactive, des autres secteurs et organisations, ainsi que de la population affectée. Les moyens de communication utilisés (méthodes de diffusion, langue, etc.) doivent être accessibles et adaptés au public visé.
- 3. Personnes prenant part au suivi:** devront prendre part au suivi les personnes en mesure de recueillir, de façon culturellement acceptable, en particulier en termes de "genre" et de compétences linguistiques, des

informations auprès de tous les groupes de la population affectée. Les pratiques culturelles locales exigeront éventuellement que les femmes ou les groupes minoritaires soient consultés séparément par des individus considérés comme culturellement acceptables.

- 4. Partage des informations:** les activités de suivi et d'évaluation requièrent une consultation et une coopération étroites entre les secteurs. Par exemple, durant une épidémie de choléra, il faut que les organisations chargées de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement et celles responsables de la santé se partagent continuellement les informations dont elles disposent. Les mécanismes de coordination comme les réunions régulières et l'utilisation de panneaux d'affichage peuvent faciliter cet échange d'informations.

Norme commune 6: évaluation

On procède à un examen systématique et impartial de l'action humanitaire, dans le but de tirer des enseignements qui permettront d'améliorer les pratiques et les politiques générales, ainsi que la reddition de comptes.

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

- Le programme est évalué en se référant aux objectifs déclarés et aux normes minimales convenues afin d'en mesurer l'opportunité, l'efficacité, la couverture, la cohérence et l'impact globaux sur la population affectée (Cf. note d'orientation 1).
- Les évaluations prennent en compte les vues et les opinions de la population affectée, ainsi que celles de la communauté d'accueil si elles sont différentes.
- La collecte d'informations à des fins d'évaluation est indépendante et impartiale.
- Les résultats de chaque exercice d'évaluation sont utilisés pour améliorer les pratiques à l'avenir (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

- 1. Établissement de critères:** évaluer les programmes d'assistance humanitaire n'est pas tâche aisée ; en effet, les catastrophes se caractérisent par des changements rapides et un degré élevé d'incertitude. Bien que les méthodes qualitatives soient plus aptes à rendre la nature complexe des interventions lors de catastrophes, les personnes qui évaluent ce type de programme doivent être disposées à utiliser différentes méthodes, et à comparer et mettre en balance les résultats pour arriver à des conclusions valides.
- 2. Utilisation ultérieure des informations:** les évaluations font l'objet de rapports écrits, lesquels sont diffusés dans l'intérêt de la transparence et de la reddition de comptes, et permettent l'apprentissage de leçons entre programmes et organisations, ce qui aboutit à l'amélioration des politiques générales et des pratiques dans le domaine humanitaire.

Norme commune 7: compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires

Les travailleurs humanitaires possèdent les qualifications, les attitudes et l'expérience adéquates pour planifier et mettre efficacement en œuvre des programmes appropriés.

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

- Les travailleurs humanitaires ont des qualifications techniques appropriées et des connaissances sur les cultures et coutumes locales, et/ou une expérience préalable du travail en situation d'urgence. De plus, les travailleurs connaissent bien les droits de l'homme et les principes humanitaires.
- Les membres du personnel sont bien informés des tensions et sources de conflit potentielles entre la population directement touchée par la catastrophe et les communautés d'accueil. Ils sont conscients des conséquences de la prestation d'une assistance humanitaire, et font tout particulièrement attention aux groupes vulnérables (Cf. note d'orientation 1).

- Les membres du personnel sont capables de reconnaître les activités abusives, discriminatoires ou illégales, et de s'abstenir de mener des activités de ce type (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

1. Les membres du personnel doivent être conscients de la mesure dans laquelle les crimes violents, y compris le viol et autres formes de brutalité contre les femmes, les filles et les garçons, peuvent devenir plus nombreux en situation de crise. La peur du harcèlement et du viol force les femmes à former des alliances avec des soldats et d'autres hommes occupant des positions d'autorité ou de pouvoir. Les hommes jeunes sont vulnérables face à la conscription forcée dans les forces combattantes. Les membres du personnel et les partenaires de terrain doivent savoir comment diriger vers les entités compétentes les femmes, les hommes et les enfants qui cherchent à obtenir réparation pour des violations de leurs droits humains, et doivent en outre bien connaître les procédures à suivre pour diriger les survivants de viols et de violences sexuelles vers des services d'assistance socio-psychologique, médicaux ou ayant trait à la contraception.

2. Les membres du personnel humanitaire doivent comprendre que la responsabilité du contrôle de la gestion et de la distribution des ressources précieuses présentes dans les programmes d'intervention lors de catastrophes les place, eux et les autres personnes intervenant dans leur livraison, dans une position de pouvoir relatif par rapport aux autres. Les membres du personnel doivent avoir conscience du risque d'abus ou de corruption lié à l'exercice de ce pouvoir. Ils doivent être conscients du fait que les femmes et les enfants sont souvent exploités et contraints à adopter des comportements humiliants et dégradants. On ne peut pas demander des services sexuels en échange d'une assistance humanitaire, et les travailleurs humanitaires ne doivent pas non plus s'impliquer dans un quelconque échange de ce type. Les activités comme le travail forcé et l'utilisation et le trafic de drogues illicites sont également interdites.

Norme commune 8: supervision, gestion et soutien du personnel

Les travailleurs humanitaires bénéficient d'une supervision et d'un soutien pour garantir la mise en œuvre efficace du programme d'assistance humanitaire.

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

- Les responsables ont des comptes à rendre concernant leurs décisions et au moment de garantir une sécurité adéquate et l'observation des codes/règles de conduite, et doivent apporter un soutien à leur personnel (Cf. note d'orientation 1).
- Les membres du personnel technique et de gestion reçoivent la formation, les ressources et le soutien logistique nécessaires pour s'acquitter de leurs responsabilités (Cf. note d'orientation 2).
- Les membres du personnel qui travaillent dans le cadre des programmes comprennent le but des activités qu'on leur demande d'effectuer et la méthode à suivre, et reçoivent un feedback (réactions et commentaires) ultérieur sur leurs performances.
- On remet à tous les membres du personnel une description de leur poste, indiquant clairement la ou les personne(s) de laquelle (ou desquelles) ils relèvent ; leurs performances font en outre l'objet d'évaluations écrites périodiques.
- Tous les membres du personnel sont orientés pour ce qui est des questions de santé et de sécurité par rapport à la région et à l'environnement dans lesquels ils doivent travailler (Cf. note d'orientation 3).
- Les membres du personnel suivent une formation appropriée en matière de sécurité.
- Des systèmes de renforcement des capacités pour les membres du personnel sont mis en place et font l'objet d'un suivi systématique (Cf. notes d'orientation 4-5).

- La capacité des organisations nationales et locales est développée afin de favoriser la durabilité à long terme.

Notes d'orientation

- 1. Les dirigeants, à tous les niveaux,** ont des responsabilités particulières en ce qui concerne l'établissement et/ou le maintien de systèmes favorisant la mise en œuvre de programmes et de politiques générales utiles, et l'observation des règles/codes de conduite. Certaines organisations humanitaires sont d'ores et déjà dotées de codes ou de règles liés à la conduite du personnel ou de l'institution dans les domaines de la protection des enfants ou de l'exploitation et des abus sexuels. L'importance de ces règles étant reconnue par un nombre croissant d'entités, de nombreuses organisations humanitaires sont en train de mettre au point des codes de conduite. Le succès de ces codes repose en très grande partie sur leur stricte observation, sur laquelle les dirigeants ont des comptes à rendre.
- 2. Les organisations humanitaires** doivent veiller à ce que leurs effectifs soient qualifiés et compétents, et à ce qu'ils aient suivi une formation et une préparation appropriées, avant d'être assignés à une situation d'urgence. Lors du déploiement d'équipes d'intervention en situation d'urgence, les organisations chercheront à assurer un équilibre entre les femmes et les hommes au sein de leur personnel et parmi leurs volontaires. Il sera peut-être nécessaire de leur dispenser un soutien et une formation continus pour veiller à ce qu'ils puissent s'acquitter de leurs responsabilités.
- 3. Tous les membres du personnel** devront recevoir des briefings appropriés sur les questions de sécurité et de santé avant leur déploiement et à leur arrivée sur le terrain. Ils seront vaccinés et auront reçu leurs médicaments de prophylaxie contre le paludisme (au besoin) avant leur déploiement. À leur arrivée, ils devront recevoir des informations visant à réduire au minimum les risques de sécurité, et seront également mis au fait des aspects suivants: la sécurité relative à la nourriture et à l'eau, la prévention du VIH/sida et autres maladies infectieuses endémiques, la disponibilité de soins médicaux, les politiques générales et les procédures en matière d'évacuation médicale, et l'indemnisation des travailleurs.

4. Il faudra faire des efforts spéciaux pour promouvoir la diversité à tous les niveaux de l'organisation.

5. Le renforcement des capacités est un objectif explicite durant la phase de réhabilitation postérieure à une catastrophe. Il sera également entrepris, dans la mesure du possible, durant la phase de catastrophe/prestation de secours elle-même, en particulier lorsqu'elle est très longue.

Annexe 1

Références

NB: Les titres “officiels” des documents sont indiqués dans la mesure du possible, mais dans les cas où il n'existe pas de version officielle ou lorsqu'elle nous est inconnue, la traduction française des titres des documents, rapports ou publications est ajoutée entre parenthèses à titre indicatif.

Grâce au programme Forced Migration Online (Migration forcée en ligne) du Refugee Studies Centre (Centre des études sur les réfugiés) de l'université d'Oxford, bon nombre de ces documents ont reçu l'autorisation de reproduction et sont disponibles sur un lien spécial du projet Sphère sur le site Web: <http://www.forcedmigration.org>

Participation

ALNAP Global Study (Étude mondiale d'ALNAP): Participation by Affected Populations in Humanitarian Action: Practitioner Handbook (Participation des populations affectées à l'action humanitaire: manuel du praticien) (à paraître). <http://www.alnap.org>

<http://www.hapgeneva.org>

Évaluation initiale et intervention

HCR de l'ONU, *Handbook for Emergencies* (2000) (*Manuel pour les situations d'urgence*). <http://www.unhcr.ch>

Field Operations Guidelines for Assessment and Response (Lignes directrices pour les opérations de terrain relatives à l'évaluation initiale et à l'intervention) (FOG, 1998). USAID. <http://www.info.usaid.gov/ofda>

Demographic Assessment Techniques in Complex Humanitarian Emergencies: Summary of a Workshop (Techniques d'évaluation initiale démographique dans les situations complexes d'urgence humanitaire : Résumé d'un atelier le travail) (2002).

<http://books.nap.edu/books/0309084970/html>

Humanity Development Library (Bibliothèque du développement de l'humanité): <http://humaninfo.org>

OCHA Humanitarian Information Centres (Centres d'information humanitaire d'OCHA – Bureau de la coordination des affaires humanitaires): <http://www.humanitarianinfo.org>

OCHA (1999), *Orientation Handbook on Complex Emergencies (Manuel d'orientation sur les situations d'urgence complexes)*. Bureau de la coordination des affaires humanitaires. Nations Unies. New York.

Relief Web Humanitarian Library (Bibliothèque humanitaire de Relief Web): <http://www.reliefweb.int/library>

Telford, J (1997), *Good Practice Review 5: Counting and Identification of Beneficiary Populations in Emergency Operations: Registration and its Alternatives (Revue des bonnes pratiques n°5: compter et identifier les populations bénéficiaires dans les opérations d'urgence: l'inscription et ses alternatives)*. Relief and Rehabilitation Network (Réseau secours humanitaires et réhabilitation)/Overseas Development Institute (Institut du développement à l'étranger). Londres.

Ciblage

Humanitarian Ethics in Disaster and War (Éthique humanitaire dans les situations de catastrophe et de guerre). CICR, 2003. <http://www.ifrc.org/publicat/wdr2003/chapter1.asp>

International Food Policy Research Institute Training Material, *Targeting: Principles and Practice (Matériel de formation de l'Institut international de recherche sur les politiques générales en matière d'alimentation, ciblage: principes et pratiques)*.

<http://www.reliefweb.int/training/ti1227.html>

Vincent, M, Refslund Sorensen, B. (eds.) (2001), *Caught Between Borders, Response Strategies of the Internally Displaced* (Piégés entre frontières, stratégies de réaction des personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays). Norwegian Refugee Council (Conseil norvégien pour les réfugiés).

International Strategy for Disaster Reduction, *Countering Disasters, Targeting Vulnerability* (Stratégie internationale pour la réduction des effets des catastrophes, parer les catastrophes, cibler les personnes vulnérables). UN/ISDR, 2001. <http://www.unisdr.org>

Suivi et évaluation

ALNAP Annual Review (Bilan annuel d'ALNAP) (2001), *Humanitarian Action: Learning from Evaluation* (Action humanitaire: tirer les leçons de l'évaluation). <http://www.alnap.org>

ALNAP Annual Review (2003), *Humanitarian Action: Improving Monitoring to Enhance Accountability and Learning* (Action humanitaire: améliorer le suivi pour favoriser la reddition de comptes et l'apprentissage). <http://www.alnap.org>

Guidance for Evaluation of Humanitarian Assistance in Complex Emergencies (Conseils pour l'évaluation de l'assistance humanitaire dans les situations d'urgence complexes) (1999). Overseas Economic Cooperation for Development (OECD - Organisation de coopération et de développement économiques). Paris. <http://www.oecd.org/dac>

Manual for the Evaluation of Humanitarian Aid (Manuel pour l'évaluation de l'aide humanitaire). Unité d'évaluation de l'Office humanitaire de la Communauté européenne (ECHO), Bruxelles, 2002. <http://europa.eu.int>

Personnel

Le Code de bonne pratique de People in Aid dans la gestion et le soutien du personnel humanitaire 2003. People in Aid. <http://peopleinaid.org>

Enfants

Action for the Rights of the Child (ARC - *Action pour les droits de l'enfant*). Save the Children Alliance et HCR, 1998.

Children Not Soldiers, Guidelines for Working with Child Soldiers and Children Associated with Fighting Forces (*Des enfants, pas des soldats – lignes directrices pour le travail avec des enfants soldats et associés à des forces combattantes*). Save the Children.

Gosling, L et Edwards, M, *Toolkits – A Practical Guide to Planning, Monitoring, Evaluation and Impact Assessment* (*Boîtes à outils – un guide pratique de la planification, du suivi, de l'évaluation et de l'évaluation initiale de l'impact*). Save the Children.

Inter-Agency Working Group on Unaccompanied and Separated Children (Groupe de travail inter-agences sur les enfants non accompagnés et séparés), *Inter-Agency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children* (*Principes directeurs inter-agences sur les enfants non accompagnés et séparés* (à paraître).

Handicaps

<http://www.annenberg.nwu.edu/pubs/disada/>

<http://www.fema.gov/rrr/assistf.shtm>

<http://www.redcross.org/services/disaster/beprepared/disability.pdf>

Environnement

<http://www.benfieldhrc.org/disastersstudies/projects/REA>

Ressources d'évaluation environnementale pour les activités à petite échelle: <http://www.encapafrika.org>

www.reliefweb.int/ochaunep

Genre

Beck, T et Stelcner, M (1996), *Guide to Gender-Sensitive Indicators (Guide des indicateurs sensibles au "genre")* Canadian International Development Agency (CIDA). Québec.

Dugan, J, *Assessing the Opportunity for Sexual Violence against Women and Children in Refugee Camps (Évaluation initiale de la possibilité de violence sexuelle contre les femmes et les enfants dans les camps de réfugiés)*. Journal of Humanitarian Assistance (Journal de l'assistance humanitaire), août 2000. <http://www.jha.ac/articles>

Enarson, E (2000), *Gender and Natural Disasters*, Working Paper, In Focus Programme on Crisis Response and Reconstruction (*Le genre et les catastrophes naturelles*, document de travail, Programme In Focus sur les interventions en cas de crise et la reconstruction). OIT.

FAO, *Gender in Emergencies Annex: manuals, guidelines, major documents (Annexe sur le "genre" dans les situations d'urgence: manuels, lignes directrices, principaux documents)*: <http://www.fao.org>

FAO/WFP (2003), *Passport to Mainstreaming a Gender Perspective in Emergency Programmes*.

Gender and Disaster Network (Passeport pour le mainstreaming du genre dans les programmes d'urgence – réseau genre et catastrophes): <http://www.anglia.ac.uk>

Gender and Humanitarian Assistance Resource Kit (Kit de ressources sur l'assistance humanitaire et en matière de genre): <http://www.reliefweb.int/library/GHARKit>

HCR, *Guidelines on the Protection of Refugee Women (Lignes directrices sur la protection des femmes réfugiées)*.

UNICEF (1999), *Mainstreaming Gender in Unstable Environments (Mainstreaming du genre dans les environnements instables)*. <http://www.reliefweb.int/library>

VIH/sida

Holmes W (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care, and Support Among Displaced and War-Affected Populations (Protéger l'avenir: prévention du VIH, soins et soutien au sein des populations déplacées et affectées par la guerre)*. International Rescue Committee (Comité de secours internationaux). Kumarian Press, New York.

Inter-Agency Field Manual. Reproductive Health in Refugee Situations (Manuel de terrain inter-agences. La santé génésique dans les situations de réfugiés). HCR/OMS/FNUAP. Genève, 1999.

Inter-Agency Standing Committee (IASC) on HIV/AIDS in Emergency Settings (Comité permanent inter-agences sur le VIH/sida dans les contextes d'urgence). Lignes directrices pour les interventions dans le domaine du VIH/sida dans les contextes d'urgence (version préliminaire). IASC, 2003: 85. Genève.

Family Health International (FHI) (2001), *HIV/AIDS Prevention and Care in Resource-Constrained Settings: A Handbook for the Design and Management of Programs (Prévention et soins du VIH/sida dans les contextes aux ressources limitées: un manuel pour la conception et la gestion des programmes)*. Virginia.

Personnes âgées

HelpAge International, *Older People in Disaster and Humanitarian Crises: Guidelines for Best Practice (Les personnes âgées dans les crises et les désastres humanitaires: lignes directrices pour une meilleure pratique)*. Disponible en anglais, français, espagnol et portugais. <http://www.helppage.org>

Madrid International Plan of Action on Ageing, Report of the Second World Assembly on Ageing (Plan d'action international de Madrid sur le vieillissement, rapport de la 2ème Assemblée mondiale sur le vieillissement), Madrid, 8-12 avril 2002, A/CONF.197/9 Paragraphes 54-56. <http://www.un.org>

HCR, *Policy on Older Refugees (Politique générale relative aux réfugiés âgés)* (approuvée lors de la 17ème réunion du Comité permanent février/mars 2000). EC/50/SC/CRP.13

Principes des Nations Unies pour les personnes âgées.
<http://www.un.org>

Protection

Ordre du jour pour la protection. HCR. Genève, 2002.

Frohardt, M, Paul, D et Minear, L (1999), *Protecting Human Rights: The Challenge to Humanitarian Organisations (Protection des droits de l'homme: le défi pour les organisations humanitaires)*. Occasional Paper 35, Thomas J. Watson Jr. Institute for International Studies, Brown University.

Growing the Sheltering Tree: Protecting Rights Through Humanitarian Action, Programmes and Practice Gathered from the Field (Faire pousser l'arbre refuge: protection des droits au travers de l'action, des programmes et des pratiques humanitaires recueillis sur le terrain). Inter-Agency Standing Committee (Comité permanent inter-agences), Genève.

Protecting Refugees: A Field Guide for NGOs (Protection des réfugiés: un guide de terrain pour les ONG). HCR. Genève, 1999.

Strengthening Protection in War: A Search for Professional Standards (Renforcer la protection en temps de guerre: en quête de normes professionnelles). CICR. Genève, 2001.

OCHA, *Protection of Civilians in Armed Conflict (Protection des civils dans les situations de conflit armé).*
http://www.reliefweb.int/ocha_ol/civilians/

Notes

Notes



Notes



Chapitre 2: Normes minimales dans les secteurs de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène

Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en six sections principales: promotion de l'hygiène, approvisionnement en eau, élimination des excréments, lutte antivectorielle, gestion des déchets solides et drainage. Chacune englobe les éléments suivants:

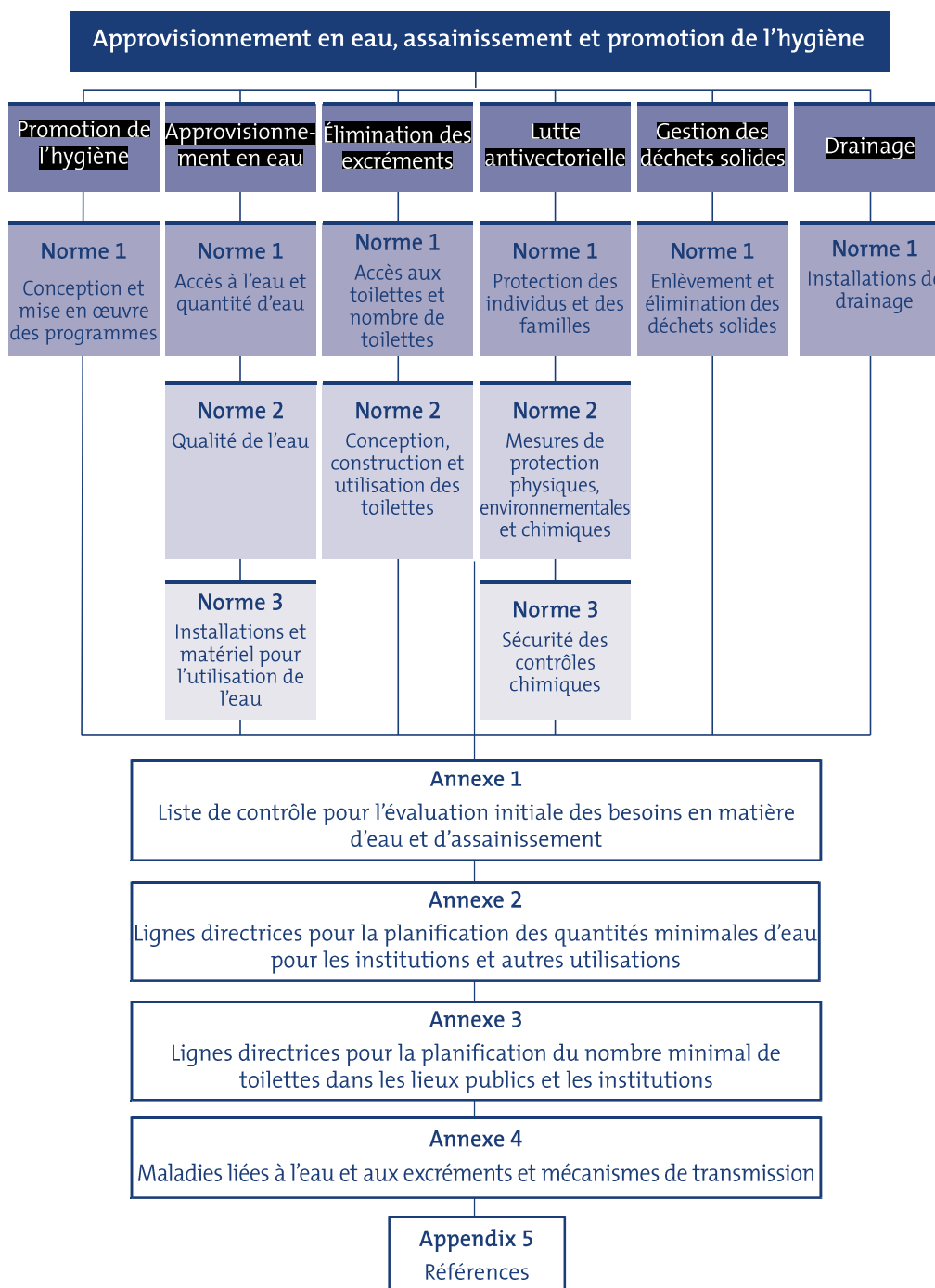
- *les normes minimales*: elles sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimaux à atteindre dans les interventions relatives à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement ;
- *les indicateurs clés*: ce sont des “signaux” qui indiquent si oui ou non la norme a été satisfaite. Ils constituent un moyen de mesurer et de communiquer l'impact, ou le résultat, des programmes ainsi que des processus et des méthodes utilisés. Les indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs ;
- *les notes d'orientation*: elles englobent des aspects spécifiques à prendre en compte lors de l'application des normes et des indicateurs dans différentes situations, des suggestions quant à la manière de faire face aux difficultés pratiques, et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux normes ou aux indicateurs, et décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles.

Les annexes comportent une liste de références choisies, qui indiquent des sources d'information sur les questions générales et également sur les questions spécifiques d'ordre technique relatives à ce chapitre.

Table des matières

Introduction	65
1. Promotion de l'hygiène	69
2. Approvisionnement en eau	73
3. Élimination des excréments.....	83
4. Lutte antivectorielle.....	90
5. Gestion des déchets solides	98
6. Drainage.....	102
 Annexe 1: Liste de contrôle pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement	 105
Annexe 2: Lignes directrices pour la planification des quantités minimales d'eau pour les institutions et autres utilisations.....	110
Annexe 3: Nombre minimal de toilettes dans les lieux publics et les institutions dans les situations de catastrophe	111
Annexe 4: Maladies liées à l'eau et aux excréments et mécanismes de transmission	112
Annexe 5: Références	113





Introduction

Liens avec les instruments juridiques internationaux

Les normes minimales dans le secteur de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène constituent l'expression pratique des principes et droits formulés dans la Charte humanitaire. Celle-ci traite des exigences les plus fondamentales afin de préserver la vie et la dignité des personnes affectées par des calamités ou des conflits, telles que stipulées dans l'ensemble des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux interventions humanitaires et aux réfugiés.

Chacun jouit du droit à l'eau. Ce droit est reconnu dans des instruments juridiques internationaux et il concerne de l'eau en quantité suffisante, salubre, acceptable, physiquement accessible et financièrement abordable pour l'utilisation personnelle et domestique. Une quantité adéquate d'eau salubre est nécessaire pour empêcher la mort par déshydratation, pour réduire le risque de maladies liées à l'eau et pour satisfaire les besoins de consommation, de cuisson des aliments et d'hygiène personnelle et domestique.

Le droit à l'eau est inextricablement lié aux autres droits de l'homme, y compris au droit à la santé, au droit au logement et au droit à de la nourriture en quantité suffisante. C'est pourquoi il fait partie des garanties essentielles à la survie humaine. Les acteurs publics et autres ont des responsabilités lorsqu'il s'agit de faire du droit à l'eau une réalité. En période de conflit armé, par exemple, il est interdit d'attaquer, de détruire, d'enlever ou de rendre inutiles les installations d'eau potable ou les systèmes d'irrigation.

Les normes minimales qui figurent dans ce chapitre ne constituent pas une expression complète du droit à l'eau. Cependant, les normes de Sphère reflètent l'essentiel de ce droit et contribuent à sa réalisation progressive dans le monde entier.

Importance de l'approvisionnement en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène dans les situations d'urgence

L'eau et l'assainissement sont des facteurs déterminants cruciaux pour la survie durant les phases initiales d'une catastrophe. Les personnes sinistrées sont en général beaucoup plus prédisposées aux maladies et à la mort des suites de maladies, lesquelles sont largement liées à des réserves d'eau et à un assainissement inadéquats, ainsi qu'à une hygiène médiocre. Les plus significatives de ces maladies sont les maladies diarrhéiques et les maladies infectieuses transmises par voie oro-fécale (Cf. annexe 4). Parmi les autres maladies liées à l'eau et à l'assainissement figurent celles transmises par des vecteurs associés aux déchets solides et à l'eau.

Le principal objectif des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement lors de catastrophes est de réduire la transmission des maladies oro-fécales et le contact avec des vecteurs de maladies par la promotion de bonnes pratiques d'hygiène, l'approvisionnement en eau potable salubre et la réduction des risques environnementaux pour la santé, et par l'établissement des conditions qui permettront aux personnes de vivre en bonne santé, dans la dignité, le confort et la sécurité. Le terme "assainissement", dans le contexte de Sphère, se réfère à l'élimination des excréments, à la lutte antivectorielle, à l'élimination des déchets solides et au drainage.

Le simple fait de fournir un nombre adéquat d'installations pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement ne suffira pas, à lui seul, à en assurer l'utilisation optimale ou le meilleur impact possible sur la santé publique. Afin d'obtenir les avantages maximum de l'intervention, il faut impérativement faire en sorte que les personnes affectées par la catastrophe disposent des informations, des connaissances et de la compréhension nécessaires pour prévenir les maladies liées à l'eau et à l'assainissement, et mobiliser leur participation à la conception et à l'entretien de ces installations.

Dans la plupart des situations de catastrophe, ce sont les femmes et les enfants qui sont chargés d'aller chercher l'eau. Lorsqu'elles utilisent des installations communes d'approvisionnement en eau et

d'assainissement, par exemple dans les situations de populations réfugiées ou déplacées, les femmes et les adolescentes peuvent courir le risque de violences ou d'exploitation sexuelles. Afin de réduire ces risques au minimum, et de garantir une intervention de meilleure qualité, il est important d'encourager, dans la mesure du possible, la participation des femmes aux programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Une participation équitable des femmes et des hommes à la planification, à la prise de décisions et à la gestion locale contribuera à faire en sorte que la population affectée dans son ensemble jouisse d'un accès sûr et facile aux services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et que ces services soient équitables et appropriés.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des normes figurant dans les chapitres consacrés aux autres secteurs sont utiles pour le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des normes dans un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales et les autres organisations participant à l'intervention est également nécessaire pour veiller à ce que les besoins soient satisfaits, à ce que les efforts ne soient pas répétés, et à ce que la qualité des interventions en matière d'eau et d'assainissement soit optimisée.

Par exemple, lorsque les normes nutritionnelles n'ont pas été satisfaites, il devient plus urgent d'améliorer la qualité des services d'eau et d'assainissement, car la vulnérabilité des personnes face à la maladie aura significativement augmenté. Il en va de même pour les populations au sein desquelles la prévalence du VIH/sida est élevée, ou qui comptent une grande proportion de personnes âgées ou handicapées. Il faut décider des priorités sur la base d'informations solides partagées entre les secteurs au fur et à mesure de l'évolution de la situation. Lorsqu'il y a lieu, on fera référence à des normes ou notes d'orientation spécifiques figurant dans d'autres chapitres techniques.

Liens avec les normes communes à tous les secteurs

Le processus selon lequel une intervention est développée et mise en œuvre est crucial pour son efficacité. Ce chapitre devra être utilisé conjointement avec celui des normes communes à tous les secteurs, lesquelles englobent la participation, l'évaluation initiale, l'intervention, le ciblage, le suivi, l'évaluation, les compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires, et la supervision, la gestion et le soutien du personnel (Cf. chapitre 1, page 21). En particulier, la participation des personnes affectées par la catastrophe - y compris les groupes vulnérables décrits ci-dessous - devra être portée au maximum dans toute intervention afin de veiller à ce que celle-ci soit appropriée et de bonne qualité.

Vulnérabilités et capacités des populations affectées par une catastrophe

Les groupes qui courent le plus fréquemment des risques lors de catastrophes sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS). Dans certains contextes, les personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leur origine ethnique, de leur affiliation religieuse ou politique, ou de leur déplacement. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe, et celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte.

Tout au long du manuel, l'expression "groupes vulnérables" se réfère à tous ces groupes. Lorsque l'un quelconque de ces groupes court des risques, il est probable que les autres seront également menacés. Par conséquent, chaque fois que les groupes vulnérables sont mentionnés, on demande instamment aux utilisateurs de prendre en considération tous ceux énumérés ici. Il faut veiller tout particulièrement à protéger et à assister tous les groupes affectés de façon non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques. Cependant, il faut également garder à l'esprit que les populations affectées par une catastrophe possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités propres pour faire face à la situation, lesquelles doivent être reconnues et soutenues.

Les normes minimales

1 Promotion de l'hygiène

Le but de tout programme d'approvisionnement en eau et d'assainissement est de promouvoir une bonne hygiène personnelle et environnementale afin de protéger la santé. La promotion de l'hygiène est définie ici comme le mélange des connaissances, des pratiques et des ressources de la population d'une part, et des connaissances et des ressources de l'organisation de l'autre, qui à elles toutes permettent d'éviter des comportements risqués dans le domaine de l'hygiène. Les trois facteurs clés sont 1) l'échange des informations et des connaissances, 2) la mobilisation des communautés et 3) la fourniture de matériel et d'installations essentiels. L'efficacité de toute activité de promotion de l'hygiène repose sur l'échange d'informations entre l'organisation et la communauté affectée. Un tel échange permettra en effet d'identifier les problèmes clés en matière d'hygiène et de concevoir, de mettre en œuvre et de suivre un programme de promotion des règles d'hygiène garantissant l'utilisation optimale des installations et l'impact maximum sur la santé publique. La mobilisation de la communauté est tout particulièrement importante durant les catastrophes car il faut chercher à encourager les personnes à prendre des mesures pour protéger leur santé et utiliser au mieux les installations et les services fournis, plutôt qu'insister sur la diffusion de messages. Il faut souligner que la promotion de l'hygiène ne devra jamais remplacer un assainissement et un approvisionnement en eau de qualité, lesquels sont fondamentaux pour une bonne hygiène.

La promotion de l'hygiène fait partie intégrante de toutes les normes de ce chapitre. On la présente ici comme une norme primordiale dotée d'indicateurs. Dans le cadre de chaque norme relative à l'approvisionnement en eau, à l'élimination des excréments, à la lutte antivectorielle, à la gestion des déchets solides et au drainage, d'autres indicateurs spécifiques sont proposés.

Norme 1 relative à la promotion des règles d'hygiène: conception et mise en œuvre des programmes

Toutes les installations et les ressources fournies reflètent les vulnérabilités, les besoins et les préférences de la population affectée. Les usagers prennent part à la gestion et à l'entretien des installations d'hygiène lorsque c'est approprié.

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

- Les risques clés en matière d'hygiène revêtant une importance pour la santé publique sont identifiés (Cf. note d'orientation 1).
- Les programmes comportent un mécanisme efficace permettant la contribution représentative et participative de tous les usagers, y compris lors de la conception initiale des installations (Cf. notes d'orientation 2, 3 et 5).
- Tous les groupes de la population jouissent d'un accès équitable aux ressources ou aux installations nécessaires pour continuer d'appliquer ou pour parvenir à appliquer les pratiques qui sont encouragées en matière d'hygiène (Cf. note d'orientation 3).
- Les messages et activités de promotion des règles d'hygiène abordent les comportements et les opinions fausses clés et ciblent tous les groupes d'usagers. Les représentants de ces groupes prennent part à la planification, à la formation, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation (Cf. notes d'orientation 1, 3 et 4, et norme relative à la participation, page 32).
- Les usagers assument la responsabilité de la gestion et de l'entretien des installations selon ce qui sera approprié, et les différents groupes y contribuent de manière équitable (Cf. notes d'orientation 5-6).

Notes d'orientation

- 1. Évaluation des besoins:** il est nécessaire de procéder à une évaluation afin d'identifier les comportements clés en matière d'hygiène qu'il faut

aborder et le succès probable de l'activité de promotion. Les principaux risques tourneront vraisemblablement autour de l'élimination des excréments, de l'utilisation et de l'entretien des toilettes, du fait que les usagers ne se lavent pas les mains avec du savon ou substitut, de la collecte et de l'entreposage non hygiéniques de l'eau, et de l'entreposage et de la préparation non hygiéniques des aliments. L'évaluation examinera les ressources dont dispose la population, ainsi que les connaissances, les pratiques et les comportements locaux, de manière à ce que les messages soient utiles et pratiques. Elle accordera une attention particulière aux besoins des groupes vulnérables. S'il n'est pas possible de consulter l'un des groupes, il faudra le signaler clairement dans le rapport d'évaluation initiale et rectifier ce problème dès que possible (Cf. norme relative à la participation, page 32, et liste de contrôle pour l'évaluation initiale, annexe 1).

2. Partage des responsabilités: il incombe, en fin de compte, à tous les membres de la population affectée d'adopter de bonnes pratiques en matière d'hygiène. Tous les acteurs qui interviennent après la catastrophe devront s'efforcer de favoriser des pratiques hygiéniques en veillant à ce que les connaissances et les installations soient accessibles, et ils devront être capables de démontrer que ce résultat a été obtenu. Dans le cadre de ce processus, les groupes vulnérables de la population affectée devront participer à l'identification des pratiques et conditions comportant des risques et assumer la responsabilité de réduire ces risques de manière mesurable. On pourra y parvenir au travers d'activités de promotion, de la formation et de la facilitation de changements de comportements, en se basant sur des activités culturellement acceptables et qui ne surchargent pas les bénéficiaires.

3. Parvenir à toutes les sections de la population: les programmes de promotion des règles d'hygiène doivent impliquer tous les groupes de la population, par le biais d'animateurs qui peuvent accéder à différents groupes et sont munis des compétences leur permettant de travailler avec eux (par exemple, dans certaines cultures il n'est pas acceptable qu'une femme parle à des hommes qu'elle ne connaît pas). Les matériaux seront conçus de manière à ce que les messages parviennent aux membres de la population qui sont analphabètes. L'emploi de méthodes et matériaux participatifs culturellement appropriés permet aux groupes de planifier et de

suivre leurs propres améliorations en matière d'hygiène. En gros, dans la situation d'un camp, il devrait y avoir deux agents de promotion de l'hygiène/mobilisateurs de la communauté pour 1.000 membres de la population cible. Pour en lire plus sur les articles relatifs à l'hygiène, Cf. norme 2 relative aux articles non alimentaires, page 274.

4. Cibler les risques et comportements prioritaires en matière d'hygiène: les objectifs de la promotion de l'hygiène et les stratégies de communication dans ce domaine seront clairement définis et classés par ordre de priorité. Les enseignements tirés de l'évaluation des risques, tâches et responsabilités de différents groupes devront être utilisés pour planifier l'assistance et établir des priorités, de manière à ce que les idées erronées (par exemple sur le mode de transmission du VIH/sida) soient abordées et à ce que le flux d'information entre les acteurs humanitaires et la population affectée soit approprié et ciblé.

5. Gestion des installations: dans la mesure du possible, il fait partie des bonnes pratiques de former des comités de l'eau et/ou de l'assainissement, composés de représentants des divers groupes d'utilisateurs, et dont la moitié des membres seront des femmes. Ces comités seront chargés de gérer les installations communes comme les points d'eau, les toilettes publiques et les zones réservées à la toilette et à la lessive, de participer aux activités de promotion de l'hygiène et également de servir de mécanisme pour assurer la représentation et promouvoir la durabilité.

6. Fardeau excessif: il est important de veiller à ce qu'aucun groupe ne croule sous le poids de la responsabilité des activités de promotion de l'hygiène ou de gestion des installations, et à ce que chaque groupe ait une influence et des avantages équitables (comme par exemple la formation). Tous les groupes, toutes les femmes et tous les hommes n'ont pas les mêmes besoins et intérêts, et il est bon de reconnaître que la participation des femmes ne doit pas faire que les hommes, ou d'autres groupes de la population, n'assument aucune responsabilité.

2 L'approvisionnement en eau

L'eau est essentielle à la vie, à la santé et à la dignité humaine. Dans certaines situations extrêmes, il peut ne pas y avoir suffisamment d'eau disponible pour pourvoir aux besoins fondamentaux ; c'est alors qu'il est d'une importance cruciale de fournir une quantité d'eau suffisante pour assurer la survie. Dans la plupart des cas, les principaux problèmes de santé sont causés par une hygiène médiocre due à l'insuffisance d'eau et à la consommation d'eau contaminée.

Norme 1 relative à l'approvisionnement en eau: accès et quantité d'eau

Toutes les personnes ont accès, de manière sûre et équitable, à une quantité d'eau suffisante pour couvrir les besoins de la consommation, de la cuisson des aliments et de l'hygiène personnelle et domestique. Les points d'eau publics sont suffisamment proches des foyers pour leur permettre d'utiliser le minimum requis d'eau.



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

- L'utilisation moyenne d'eau pour la consommation, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle dans chaque foyer est d'au moins 15 litres par personne et par jour (Cf. notes d'orientation 1-8).
- La distance maximale séparant tout foyer du point d'eau le plus proche est de 500 mètres (Cf. notes d'orientation 1, 2, 5 et 8).
- Le temps passé à faire la queue au point d'eau ne dépasse pas 15 minutes (Cf. note d'orientation 7).

- Il ne faut pas plus de trois minutes pour remplir un récipient de 20 litres (Cf. notes d'orientation 7-8).
- Les points d'eau et les systèmes d'approvisionnement en eau sont entretenus de manière à ce que des quantités appropriées d'eau soient disponibles constamment ou à intervalles réguliers (Cf. notes d'orientation 2 et 8).

Notes d'orientation

1. Besoins: les quantités d'eau nécessaires pour l'utilisation domestique varieront selon le climat, les installations sanitaires disponibles, les habitudes normales des personnes, leurs pratiques religieuses et culturelles, les aliments qu'elles préparent, les vêtements qu'elles portent, etc. Plus l'habitation est proche du point d'eau, plus la consommation d'eau a tendance à augmenter.

Tableau simplifié des besoins fondamentaux d'eau pour assurer la survie		
Besoins pour assurer la survie: consommation d'eau (boisson et cuisine)	2,5 - 3 litres par jour	Varient selon: le climat et la physiologie individuelle
Pratiques d'hygiène de base	2-6 litres par jour	Varient selon: les normes sociales et culturelles
Besoins fondamentaux pour la cuisine	3-6 litres par jour	Varient selon: le type d'aliments et les normes sociales et culturelles
Total des besoins fondamentaux en eau	7,5-15 litres par jour	

Cf. annexe 2 pour des conseils sur les quantités minimales d'eau nécessaires pour les institutions et autres utilisations.

2. **Sélection de la source d'eau:** les facteurs à prendre en compte sont la disponibilité et la durabilité d'une quantité suffisante d'eau ; si oui ou non il est nécessaire de traiter l'eau et, dans l'affirmative, la faisabilité de ce traitement ; si l'on dispose du temps, de la technologie ou des fonds requis pour développer une source ; la proximité de la source de la population affectée ; et l'existence de facteurs sociaux, politiques ou légaux éventuels concernant la source. En général, les sources provenant de la nappe phréatique sont préférables car elles requièrent un traitement moindre, en particulier celles dont l'approvisionnement est assuré par la pesanteur et qui ne requièrent pas de pompage. Les situations de catastrophe demandent souvent une combinaison d'approches et de sources durant la phase initiale. Toutes les sources doivent faire l'objet d'un suivi régulier pour éviter leur surexploitation.
3. **Mesure:** si l'on se contente de mesurer le volume d'eau pompé dans le système de distribution ou le temps de fonctionnement d'une pompe manuelle, on n'obtiendra pas une indication exacte de la consommation individuelle. Les enquêtes auprès des ménages, l'observation et les groupes de discussion communautaires constituent une méthode plus efficace pour la collecte de données concernant l'utilisation et la consommation d'eau.
4. **Qualité et quantité:** dans de nombreuses situations d'urgence, la transmission des maladies liées à l'eau est due autant à l'insuffisance d'eau pour l'hygiène personnelle et domestique qu'à la contamination de l'eau fournie. En attendant que les normes minimales relatives à la qualité et à la quantité soient atteintes, il faudra accorder la priorité à assurer un accès équitable à une quantité adéquate d'eau, même si elle est de qualité moyenne, et non à fournir une quantité insuffisante d'eau qui satisfasse la norme minimale de qualité. Il faut tenir compte du fait que les personnes vivant avec le VIH/sida ont besoin d'une quantité supplémentaire d'eau pour boire et pour leur hygiène personnelle. On veillera tout particulièrement à faire en sorte que les besoins en eau du bétail et des cultures soient satisfaits, en particulier dans les situations de sécheresse, dans lesquelles les vies et les moyens de subsistance en dépendent (Cf. annexe 2).
5. **Couverture:** durant la phase initiale d'une intervention, la première priorité est de satisfaire les besoins urgents de survie de la totalité de la population touchée par la catastrophe. Les personnes affectées par une urgence présentent une vulnérabilité très accrue face à la maladie, de sorte que les

indicateurs doivent être respectés, même s'ils dépassent les normes de la population affectée ou d'accueil. Dans ces situations, on recommande aux organisations de planifier des programmes en vue d'accroître le niveau des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement de la population d'accueil elle aussi, afin d'éviter de susciter son animosité.

6. Nombre maximum de personnes par source d'eau: le nombre de personnes par source dépend du débit et de la disponibilité de l'eau à chaque source. Par exemple, les robinets ne fonctionnent souvent qu'à certains moments de la journée et les pompes manuelles et les puits ne fournissent pas constamment de l'eau si le taux de remplissage est faible. Les lignes directrices générales (lorsqu'il y a de l'eau en permanence) sont:

250 personnes par robinet	sur la base d'un débit de 7,5 litres/minute
500 personnes par pompe manuelle	sur la base d'un débit de 16,6 l/mn
400 personnes par puits ouvert à utilisateur unique	sur la base d'un débit de 12,5 l/mn

Ces lignes directrices supposent que le point d'eau est accessible durant environ huit heures par jour seulement ; si l'accès est possible pendant plus de temps, les personnes peuvent collecter plus que la quantité minimale journalière de 15 litres. Il faut utiliser ces cibles avec prudence, car le fait qu'elles soient atteintes ne garantit pas forcément une quantité minimale d'eau ni un accès équitable.

7. Temps passé à faire la queue: si le temps passé à faire la queue est excessif, cela indique que l'eau disponible est insuffisante (soit du fait d'un nombre inadéquat de points d'eau soit à cause du débit inadéquat des points d'eau). Les résultats négatifs potentiels d'une attente excessive sont: 1) la réduction de la consommation par personne ; 2) l'augmentation de la consommation d'eau provenant de sources de surface non protégées ; et 3) moins de temps disponible aux personnes chargées de collecter l'eau pour vaquer à d'autres occupations essentielles à la survie.

8. Accès et équité: même si une quantité suffisante d'eau est disponible pour pourvoir aux besoins minimaux, il faudra peut-être prendre des mesures supplémentaires pour assurer un accès équitable à tous les groupes. Les points d'eau devront se situer dans des zones accessibles à tous, indépendamment du sexe ou de l'ethnie, par exemple. Certaines pompes manuelles et récipients de transport de l'eau devront éventuellement être reconçus ou adaptés pour pouvoir être utilisés par les personnes vivant avec le VIH/sida, les personnes âgées et handicapées et les enfants. En milieu urbain, il faudra peut-être acheminer l'eau vers certains bâtiments pour que les toilettes continuent de fonctionner. Dans les situations où l'eau est rationnée ou pompée à certains moments seulement, il faudra planifier le système dans le cadre d'une consultation avec les utilisateurs. Il faudra convenir des moments où il est commode et sûr de se rendre aux sources pour les femmes et les autres personnes chargées d'aller chercher l'eau, et tous les usagers seront informés du moment et du lieu où l'eau sera disponible.



Norme 2 relative à l'approvisionnement en eau: qualité de l'eau

L'eau est agréable au goût, et sa qualité est suffisante pour qu'elle puisse être bue et utilisée pour l'hygiène personnelle et domestique sans que cela ne comporte de risques significatifs pour la santé.

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

- Une enquête sanitaire indique un faible risque de contamination fécale (Cf. note d'orientation 1).
- Il n'y a aucun coliforme fécal par 100 ml au point d'arrivée (Cf. note d'orientation 2).
- Les personnes préfèrent boire de l'eau collectée à une source protégée ou traitée que celle d'autres sources d'eau plus faciles d'accès (Cf. note d'orientation 3).
- Des mesures sont prises pour réduire au minimum la contamination post-arrivée (Cf. note d'orientation 4).
- Lorsqu'elle est fournie par le biais de canalisations, ou par tout autre moyen dans les situations de risque ou en présence d'une épidémie diarrhéique, l'eau est traitée au moyen d'un désinfectant de manière à ce qu'il y ait un résidu de chlore libre au niveau du robinet de 0,5 mg par litre et que la turbidité soit inférieure à 5 NTU (Nephelometric Turbidity Unit) (Cf. notes d'orientation 5, 7 et 8).
- Aucun effet négatif sur la santé n'est détecté suite à l'utilisation à court terme d'eau contaminée par des sources chimiques (y compris des résidus de produits chimiques de traitement) ou radiologiques, et les évaluations ne mettent pas en évidence une probabilité considérable de ce type d'effet (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. **Enquête sanitaire:** il s'agit d'une évaluation initiale des conditions et des pratiques pouvant constituer un risque pour la santé publique. Cette évaluation doit englober les causes possibles de contamination de l'eau à la source, en

cours de transport et au sein du foyer, ainsi que les pratiques de défécation, les systèmes de drainage et la gestion des déchets solides. Le mapping (établissement du profil) communautaire est une manière tout particulièrement efficace d'identifier où se situent les risques pour la santé publique et il favorise en outre la participation de la communauté à la recherche des moyens de réduire ces risques. Remarque: bien que les excréments d'animaux ne soient pas aussi nocifs que les excréments humains, ils peuvent contenir des organismes du type cryptosporidium, giardia, salmonelle, campylobacter, calcivirus ou autres organismes communs à l'origine de diarrhée humaine, et ils présentent donc vraiment un risque significatif pour la santé.

2. Qualité microbiologique de l'eau: les bactéries fécales coliformes (dont plus de 99% sont E. coli) constituent un indicateur du niveau de contamination par des déchets humains/animaux de l'eau et de la présence possible de pathogènes nocifs. Si des coliformes fécaux sont présents, l'eau devra être traitée. Cependant, durant la phase initiale d'une catastrophe, la quantité est plus importante que la qualité (Cf. norme 1 relative à l'approvisionnement en eau, note d'orientation 4).

3. Promotion des sources protégées: le simple fait de fournir des sources protégées ou de l'eau traitée n'aura guère d'impact si les personnes ne comprennent pas les avantages de cette eau pour leur santé et donc ne l'utilisent pas. Les personnes préféreront peut-être utiliser des sources non protégées, comme les rivières, les lacs et les puits non protégés, pour des raisons de goût, de proximité et de commodité sociale, par exemple. Dans ces cas, les techniciens et les agents de promotion de l'hygiène et de mobilisation communautaire doivent comprendre le raisonnement étayant ces préférences pour que les messages de promotion et les discussions les prennent en compte.

4. Contamination post-arrivée: une eau salubre au point d'arrivée peut néanmoins présenter un risque significatif pour la santé du fait de sa re-contamination éventuelle durant la collecte, l'emmagasinement et le tirage. Parmi les mesures pouvant être prises pour réduire ces risques au minimum figurent des pratiques améliorées de collecte et d'emmagasinement, la distribution de récipients adaptés à la collecte et à l'emmagasinement (Cf. norme 3 relative à l'approvisionnement en eau), le traitement avec un désinfectant à effet rémanent, ou bien le traitement au

point d'utilisation. Il convient de tester régulièrement des échantillons d'eau au point d'utilisation afin de surveiller le degré de contamination éventuelle post-arrivée.

5. Désinfection de l'eau: l'eau doit être traitée au moyen d'un désinfectant à effet rémanent comme le chlore s'il existe un risque significatif de contamination de l'eau à la source ou au point d'arrivée. Ce risque sera déterminé par les conditions présentes au sein de la communauté, comme la densité démographique, les dispositions pour l'élimination des excréments, les pratiques en matière d'hygiène et la prévalence des maladies diarrhéiques. L'évaluation initiale des risques englobera en outre des données qualitatives sur la communauté, comme sa perception du goût et ses préférences (Cf. note d'orientation 6). L'eau acheminée par le biais de canalisations pour toute population considérable ou concentrée devra être traitée avec un désinfectant à effet rémanent et, en cas de risque ou d'existence d'une épidémie de diarrhée, l'eau destinée à la boisson sera traitée, soit avant sa distribution, soit au sein du foyer. Pour que l'eau puisse être traitée correctement, la turbidité doit être inférieure à 5 NTU.

6. Contamination chimique et radiologique: lorsque les documents hydrogéologiques ou les activités industrielles ou militaires suggèrent que l'eau fournie peut comporter des risques chimiques ou radiologiques pour la santé, ces risques seront évalués rapidement au moyen d'une analyse chimique. Il faudra alors procéder à une décision qui mette en balance les risques et les avantages à court terme pour la santé publique. La décision d'utiliser de l'eau potentiellement contaminée pour l'approvisionnement à plus long terme devra être prise sur la base d'une évaluation et d'une analyse professionnelles et plus approfondies des conséquences sur le plan de la santé.

7. Goût: bien que le goût ne soit pas en lui-même un problème direct pour la santé (par exemple eau légèrement saline), si l'eau salubre fournie n'a pas un goût agréable, les usagers boiront peut-être de l'eau provenant de sources risquées et mettront leur santé en danger. Ce risque existe également lorsque de l'eau chlorée est fournie, auquel cas il faut mener des activités de promotion pour veiller à ce que seules des sources salubres d'eau soient utilisées.

8. Qualité de l'eau pour les centres de santé: toute l'eau fournie aux hôpitaux, aux centres de santé et aux centres d'alimentation devra être traitée au moyen de chlore ou autre désinfectant à effet rémanent. Dans les

situations où l'eau est susceptible d'être rationnée à cause de l'interruption de l'approvisionnement, le centre disposera de suffisamment de moyens d'emmagasiner de l'eau pour garantir un approvisionnement ininterrompu en eau sur la base du niveau normal d'utilisation (Cf. annexe 2).

Norme 3 relative à l'approvisionnement en eau: installations et matériel pour l'utilisation de l'eau

Les personnes disposent d'installations et de matériel suffisants pour pouvoir collecter, emmagasiner et utiliser des quantités suffisantes d'eau pour la boisson, la cuisson des aliments et l'hygiène personnelle, et pour veiller à ce que l'eau destinée à être bue reste salubre jusqu'à sa consommation.

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

- Chaque ménage dispose d'au moins deux récipients propres pour collecter l'eau, de 10 à 20 litres chacun, ainsi que de suffisamment de récipients destinés à l'emmagasiner de l'eau afin qu'il y ait toujours de l'eau au sein du foyer (Cf. note d'orientation 1).
- Les récipients de collecte et d'emmagasiner de l'eau sont dotés de goulots étroits et/ou de couvercles, ou d'autres moyens sûrs d'emmagasiner, de tirage et de manutention, et leur utilisation est démontrée (Cf. note d'orientation 1).
- Il y a au moins 250 g de savon disponible par personne et par mois pour assurer l'hygiène personnelle.
- Lorsque des installations communes pour le bain sont nécessaires, il y a suffisamment de cabines disponibles, séparées pour les hommes et les femmes, et elles sont employées de façon appropriée et équitable (Cf. note d'orientation 2).
- Lorsque des installations communes pour la lessive sont nécessaires, il y a au moins un lavoir pour 100 personnes, et des zones privées où les femmes peuvent laver et faire sécher leurs sous-vêtements et serviettes hygiéniques en tissu.

- La participation de tous les groupes vulnérables est activement encouragée pour ce qui est du choix de l'emplacement des installations pour le bain et de leur construction et/ou de la production et la distribution de savon, et/ou de l'utilisation de moyens alternatifs (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

1. Collecte et emmagasinage de l'eau: les personnes ont besoin de récipients pour aller chercher l'eau, l'emmagasiner et l'utiliser pour laver, cuisiner et faire leur toilette. Ces récipients doivent être propres, hygiéniques et faciles à porter, et être adaptés aux habitudes et besoins locaux, sur les plans de la taille, de la forme et de la conception. Les enfants, les personnes handicapées, les personnes âgées et les PVVS auront éventuellement besoin de récipients plus petits ou spécialement conçus pour transporter l'eau. La capacité d'emmagasinage requise dépendra de la taille du ménage et de la constance de la disponibilité d'eau. Par exemple, environ 4 litres par personne seraient appropriés pour des situations dans lesquelles l'eau est disponible constamment tous les jours. La promotion et le suivi de la collecte, de l'emmagasinage et du tirage sans risques donnent l'occasion de discuter des questions relatives à la contamination de l'eau avec les groupes vulnérables, en particulier les femmes et les enfants.

2. Installations communes pour la toilette et le bain: il est possible que les personnes aient besoin d'un espace où elles puissent se baigner dans l'intimité et la dignité. S'il est impossible de créer un tel espace au niveau du foyer, des installations centrales s'avéreront nécessaires. Lorsqu'il n'y a pas de savon ou qu'il n'est pas très utilisé, on peut fournir d'autres moyens, comme de la cendre, du sable propre, de la soude ou différentes plantes permettant de laver et/ou de frotter. Le lavage des vêtements est une activité essentielle à l'hygiène, en particulier pour les enfants, et les ustensiles de préparation et de consommation des aliments doivent eux aussi être lavés. Le nombre, l'emplacement, la conception, la sécurité, le caractère approprié et commode des installations seront décidés dans le cadre d'une consultation avec les usagers, en particulier les femmes, les adolescentes et les personnes handicapées. L'emplacement des installations dans des zones centrales, accessibles et bien éclairées peut contribuer à la garantie de la sécurité des usagers.

3 Élimination des excréments

L'élimination sans risques des excréments humains constitue la première barrière contre les maladies liées à ces derniers, car elle contribue à réduire la transmission directe ou indirecte. L'élimination sans risques des excréments est donc une priorité majeure, et dans la plupart des situations de catastrophe, elle doit être abordée aussi rapidement et avec des efforts aussi assidus que l'approvisionnement en eau salubre. La fourniture d'installations appropriées pour la défécation constitue l'une des mesures d'urgence essentielles pour la dignité, la sécurité, la santé et le bien-être des personnes.

Norme 1 relative à l'élimination des excréments: accès aux toilettes et nombre de toilettes

Les personnes disposent d'un nombre adéquat de toilettes, suffisamment proches de leur habitation, pour leur permettre d'y accéder de façon rapide, sûre et acceptable à tout moment de la journée ou de la nuit.

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

- Un maximum de 20 personnes se servent de chaque latrine (Cf. notes d'orientation 1-4).
- L'utilisation des toilettes est organisée par ménage (ou groupe de ménages) et/ou séparée pour les hommes et les femmes (Cf. notes d'orientation 3-5).
- Des toilettes séparées pour les femmes et les hommes sont disponibles dans les lieux publics (marchés, centres de distribution,

centres de santé, etc.) (Cf. note d'orientation 3).

- Les toilettes communes ou publiques sont nettoyées et entretenues de façon à ce qu'elles soient utilisées par tous les usagers prévus (Cf. notes d'orientation 3-5).
- Les toilettes se situent à 50 mètres, au plus, des habitations (Cf. note d'orientation 5).
- Les toilettes sont utilisées de la façon la plus hygiénique possible, et les fèces des enfants sont éliminées immédiatement et de manière hygiénique (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

- 1. Élimination sans risques des excréments:** le but d'un programme d'élimination sans risques des excréments est de veiller à ce que l'environnement ne soit pas contaminé par les fèces humaines. Plus tous les groupes de la population affectée par la catastrophe y participeront, plus le programme sera susceptible de réussir. Dans les situations où il ne fait pas partie des traditions de la population d'utiliser des toilettes, il sera peut-être nécessaire de mener une campagne concertée d'éducation et de promotion afin d'encourager leur emploi et de créer une demande pour la construction de toilettes supplémentaires. Les catastrophes qui surviennent en milieu urbain et lors desquelles le système d'égouts est endommagé demanderont peut-être des solutions comme l'isolement des parties du système qui fonctionnent encore (et le déroutement des canalisations), l'installation de toilettes portables et l'utilisation de fosses septiques et de réservoirs pouvant être régulièrement vidangés.
- 2. Zones de défécation:** durant la phase initiale d'une catastrophe, avant que des toilettes puissent être construites, il sera peut-être nécessaire de délimiter une zone pour la défécation ou pour la construction de latrines en tranchées. Ceci ne fonctionnera que si le site est correctement géré et entretenu.
- 3. Toilettes publiques:** dans certaines situations initiales de catastrophe et dans les lieux publics où il est nécessaire de construire des toilettes à usage général, il est très important d'établir des systèmes pour le nettoyage et l'entretien satisfaisants de ces installations. Les données démographiques

ventilées seront utilisées pour planifier le rapport entre le nombre de cabines réservées aux femmes et celles destinées aux hommes (d'environ 3/1). Dans la mesure du possible, des urinoirs seront prévus pour les hommes (Cf. annexe 3).

4. Toilettes communes: pour une population déplacée pour laquelle il n'y a pas de toilettes du tout, il ne sera pas toujours possible de fournir immédiatement une latrine pour 20 personnes. Dans ces cas, on peut adopter le chiffre de 50 personnes par latrine, en le réduisant à 20 dès que possible et en modifiant les dispositions de partage en conséquence. Toutes les toilettes communes doivent être dotées d'un système, mis au point avec la communauté, permettant de veiller à leur entretien et leur nettoyage. Dans certaines situations, les limites de place feront qu'il sera impossible d'arriver à ce chiffre. Dans ce cas, tout en demandant instamment un espace supplémentaire, il faudra garder à l'esprit que le but principal est de fournir et de maintenir un environnement sans fèces humaines.

5. Installations communes: dans les cas où quatre ou cinq familles se partagent une latrine, il est en général mieux entretenu, plus propre et par conséquent utilisé plus régulièrement lorsque les familles ont été consultées sur son emplacement et sa conception, lorsqu'elles sont chargées de son nettoyage et de son entretien et qu'on leur donne les moyens de le faire. Il est important d'organiser la gestion des installations partagées en collaboration avec les usagers prévus afin de décider des personnes qui auront accès aux toilettes et de la façon dont ces dernières seront entretenues et nettoyées. Il faudra faire des efforts pour donner aux personnes vivant avec le VIH/sida un accès facile à des toilettes, car elles souffrent fréquemment de diarrhée chronique et d'une mobilité réduite.

6. Fèces des enfants: il faudra accorder une attention particulière à l'élimination des fèces des enfants, lesquelles sont en général plus dangereuses que celles des adultes, car le niveau d'infection liée aux excréments est fréquemment plus élevé chez les enfants, qui manquent d'anti-corps. Les parents ou les adultes s'occupant d'eux devront y participer et il faudra concevoir des installations adaptées aux enfants. Il sera peut-être nécessaire de donner des informations aux parents ou aux personnes chargées de s'occuper des enfants sur l'élimination sans risques des fèces des bébés, et sur les bonnes pratiques quant au blanchissage de leurs couches.

Norme 2 relative à l'élimination des excréments: conception, construction et utilisation des toilettes

Les toilettes sont situées, conçues, construites et entretenues de façon à être confortables, hygiéniques et d'utilisation sûre.

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

- Les usagers (en particulier les femmes) ont été consultés et approuvent l'emplacement et la conception des toilettes (Cf. notes d'orientation 1-3).
- Les toilettes sont conçues, construites et situées de manière à ce qu'elles présentent les caractéristiques suivantes:
 - elles peuvent être utilisées par toutes les sections de la population, y compris les enfants, les personnes âgées, les femmes enceintes et les personnes présentant des handicaps physiques et mentaux (Cf. note d'orientation 1) ;
 - elles sont situées de manière à réduire au minimum les menaces pesant sur les usagers, en particulier les femmes et les filles, à n'importe quel moment de la journée ou de la nuit (Cf. note d'orientation 2) ;
 - elles sont suffisamment faciles à maintenir propres pour inciter à l'utilisation et ne pas présenter de risques pour la santé ;
 - elles donnent une mesure d'intimité conformément aux normes des usagers ;
 - elles sont équipés d'un système permettant de jeter les serviettes et autres produits hygiéniques féminins, ou donnent aux femmes l'intimité nécessaire pour laver et faire sécher leurs serviettes hygiéniques en tissu (Cf. note d'orientation 4) ;
 - elles réduisent au minimum la prolifération des mouches et des moustiques (Cf. note d'orientation 7).

- Toutes les toilettes construites qui utilisent une chasse d'eau ou un siphon hydraulique sont approvisionnées en eau de manière adéquate et régulière (Cf. notes d'orientation 1 et 3).
- Les latrines à fosse et les puits perdus (pour la plupart des sols) se situent à au moins 30 mètres de toute source de la nappe phréatique (source souterraine) et le fond des latrines est à au moins 1,5 mètres au-dessus du niveau hydrostatique. Les boues drainées ou débordant des systèmes de défécation ne doivent pas s'écouler dans la direction d'une source d'eau de surface ni d'une source (souterraine) peu profonde (Cf. note d'orientation 5).
- Les personnes se lavent les mains après la défécation et avant de manger et de préparer des aliments (Cf. note d'orientation 6).
- On fournit aux personnes des outils et du matériel pour la construction, l'entretien et le nettoyage de leurs propres toilettes si c'est approprié (Cf. note d'orientation 7).

Notes d'orientation

- 1. Installations acceptables:** les programmes réussis d'élimination des excréments se basent sur une bonne compréhension des besoins divers des personnes, ainsi que sur la participation des usagers. Il ne sera peut-être pas possible de rendre toutes les toilettes acceptables pour tous les groupes, et il faudra peut-être construire des toilettes spéciales pour les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées, par exemple des pots, ou des toilettes dotées de cuvettes plus basses ou de mains courantes. Le type de toilettes construites dépendra des préférences et des habitudes culturelles des usagers prévus, des infrastructures déjà en place, de la disponibilité d'eau (pour les chasses d'eau et les siphons hydrauliques), des conditions du sol et de la disponibilité des matériaux de construction.
- 2. Installations sûres:** si le choix de l'emplacement des toilettes n'est pas approprié, les femmes et les filles courent de plus grands risques d'agression, surtout la nuit. Il faut donc trouver des moyens de faire en sorte que les femmes se sentent, et soient, en sécurité lorsqu'elles utilisent les

toilettes fournies. Dans la mesure du possible, les toilettes communes seront dotées d'un éclairage ou bien on fournira des torches aux familles. Il conviendra d'encourager les familles à participer à la recherche de moyens permettant d'améliorer la sécurité des usagers.

3. Toilette anale: il faut fournir de l'eau pour ceux qui s'en servent. Pour les autres, il s'agira de fournir du papier hygiénique ou d'autres produits. Il faut consulter les usagers sur les produits les plus appropriés sur le plan culturel et sur la manière de les éliminer sans risque.

4. Menstruation: les femmes et les filles qui ont leurs règles auront accès à des articles appropriés pour l'absorption et l'élimination des menstrues. On consultera les femmes sur ce qui est culturellement approprié (Cf. norme 2 relative aux articles non alimentaires, page 272).

5. Distance des systèmes de défécation des sources d'eau: les distances indiquées ci-dessus peuvent être accrues pour les roches fissurées ou le calcaire, ou réduites pour les sols légers. Lors de catastrophes, la pollution de la nappe phréatique ne sera peut-être pas une préoccupation immédiate si cette eau n'est pas consommée. Dans les environnements inondés ou affectés par une hausse du niveau de l'eau, il sera peut-être nécessaire de construire des toilettes surélevées ou des fosses septiques afin de contenir les excréments et de les empêcher de contaminer l'environnement.

6. Lavage des mains: on ne saurait surestimer l'importance de se laver les mains après la défécation et avant de manger ou de préparer des aliments. Les usagers auront à leur disposition des moyens de se laver les mains après avoir déféqué, avec du savon ou autre (de la cendre, par exemple), et on les encouragera à le faire. Il y aura une source d'eau constante près des toilettes à cet effet.

7. Toilettes hygiéniques: si les toilettes ne sont pas maintenues propres, elles peuvent devenir un foyer de transmission de maladies, et les personnes préféreront ne pas les utiliser. Elles seront plus susceptibles de rester propres si les usagers ont le sentiment d'en être les "propriétaires". On peut encourager ce sentiment au travers d'activités de promotion, en installant les toilettes à proximité des lieux où dorment les personnes, et en faisant participer les usagers aux décisions sur leur conception et leur

*Normes minimales dans les secteurs de l'approvisionnement
en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène*

construction, et sur les règles relatives à leur fonctionnement, leur entretien, leur suivi et leur utilisation corrects. L'entretien et la propreté des toilettes, la conception de latrines à aération améliorée (LAA) et à siphon hydraulique ou, plus simplement, l'utilisation d'un couvercle au-dessus d'un trou de défécation sont autant de mesures qui permettront de limiter la prolifération des mouches et des moustiques.



4 *Lutte antivectorielle*

Un vecteur est un agent porteur de maladie, et les maladies à vecteur sont une cause importante de problèmes de santé et de mort dans de nombreuses situations de catastrophe. Les moustiques sont responsables de la transmission du paludisme, lequel est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité. Les moustiques transmettent également d'autres maladies, comme la fièvre jaune et la fièvre dengue hémorragique. Les mouches ne piquant pas ou synanthropiques, comme la mouche domestique, la mouche calliphoride (*chrysomia*) et la mouche à viande, jouent un rôle important dans la transmission des maladies diarrhéiques. Les mouches qui piquent, les punaises de lit et les puces constituent un fléau douloureux et, dans certains cas, transmettent des maladies sérieuses comme le typhus et la peste. Les tiques transmettent la fièvre récurrente, de même que les poux, qui sont également porteurs du typhus. Les rats et les souris peuvent véhiculer des maladies comme la leptospirose et la salmonellose, et peuvent être les hôtes d'autres vecteurs, par exemple les puces, lesquelles peuvent transmettre la fièvre de Lassa, la peste et autres infections.

Les maladies à vecteur peuvent être contrôlées par le biais de diverses initiatives, y compris la sélection d'emplacements appropriés et la fourniture d'abris, l'approvisionnement approprié en eau, l'élimination des excréments, la gestion des déchets solides et le drainage, la prestation de services de santé (y compris la mobilisation communautaire et la promotion des règles de santé), l'utilisation de contrôles chimiques, la protection des familles et des individus, et la protection efficace des lieux où sont entreposés les aliments. Bien que la nature des maladies à vecteur soit souvent complexe et que, pour aborder les problèmes liés aux vecteurs il soit parfois nécessaire de requérir l'aide de spécialistes, on peut en faire beaucoup pour contribuer à empêcher la propagation de ces maladies au moyen de mesures simples et efficaces, une fois que la maladie, son vecteur et leur interaction avec la population ont été identifiés.

Norme 1 relative à la lutte antivectorielle: protection des individus et des familles

Toutes les personnes affectées par la catastrophe ont les connaissances et les moyens nécessaires pour se protéger des vecteurs porteurs de maladies et gênants qui sont susceptibles de représenter un risque significatif pour la santé ou le bien-être.

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

- Toutes les populations courant le risque de contracter des maladies à vecteur comprennent les modes de transmission et les méthodes possibles de prévention (Cf. notes d'orientation 1-5).
- Toutes les populations ont accès à des abris dans lesquels les vecteurs ne trouvent pas refuge, qui n'encouragent pas leur prolifération et qui sont protégés par des mesures appropriées de lutte antivectorielle.
- Les personnes évitent le contact avec les moustiques durant les périodes où ils piquent le plus en utilisant tous les moyens non nocifs dont ils disposent. On accorde une attention particulière à la protection des groupes à haut risque comme les femmes enceintes et qui allaitent, les bébés, les nourrissons, les personnes âgées et les malades (Cf. note d'orientation 3).
- Les personnes qui disposent de moustiquaires traitées les utilisent efficacement (Cf. note d'orientation 3).
- Le contrôle des poux corporels est effectué lorsque la fièvre récurrente ou le typhus transmis par les poux constituent une menace (Cf. note d'orientation 4).
- La literie et les vêtements sont aérés et lavés régulièrement (Cf. note d'orientation 4).
- Les aliments sont protégés, à tout moment, de la contamination par des vecteurs comme les mouches, les insectes et les rongeurs.

Notes d'orientation

1. Définition du risque de maladie à vecteur: les décisions sur les interventions de lutte antivectorielle doivent se baser sur l'évaluation du risque de maladie potentiel, ainsi que sur les preuves cliniques d'un problème de maladie à vecteur. Parmi les facteurs qui influencent ce risque figurent:

- l'état immunitaire de la population, y compris le contact antérieur, le stress nutritionnel et autres formes de stress. Le mouvement de personnes (par exemple réfugiés, personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays) d'une zone non endémique à une zone endémique constitue une cause fréquente d'épidémies ;
- type et prévalence de pathogènes, aussi bien au niveau des vecteurs que des humains ;
- espèces, comportements et écologie des vecteurs ;
- nombre de vecteurs (saison, sites de reproduction, etc.) ;
- exposition accrue aux vecteurs: proximité, schéma des établissements, type d'abris, protection individuelle existante et mesures pour les éviter.

2. Indicateurs pour les programmes de lutte antivectorielle: parmi les indicateurs fréquemment utilisés pour mesurer l'impact des activités de lutte antivectorielle figurent les taux d'incidence des maladies à vecteur (tirés des données épidémiologiques, de celles fournies par la communauté et d'indicateurs de substitution, selon l'intervention) et les comptes de parasites (en utilisant des kits de diagnostic rapide ou la microscopie).

3. Mesures de protection individuelle contre le paludisme: s'il existe un risque significatif de paludisme, la prise systématique et opportune de mesures de protection, comme par exemple du matériel traité à l'insecticide, c'est-à-dire des tentes, des rideaux et des moustiquaires, est fortement recommandée. Les moustiquaires imprégnées présentent l'avantage supplémentaire de fournir une certaine protection contre les poux corporels et de tête, les puces, les tiques, les cafards et les punaises. Les vêtements à manches longues, la fumigation des habitations, les rouleaux d'encens, les sprays aérosols et les produits anti-moustiques sont parmi les autres méthodes de protection pouvant être utilisées contre les

moustiques. Il est essentiel de veiller à ce que les utilisateurs comprennent l'importance de la protection et la manière d'utiliser correctement les outils pour que de telles mesures soient efficaces. Lorsque les ressources sont peu abondantes, elles seront dirigées vers les individus et les groupes courant le plus de risques, comme les enfants de moins de cinq ans, les personnes dont le système immunitaire est affaibli et les femmes enceintes.

4. Mesures de protection individuelle contre les autres vecteurs: la protection la plus efficace contre les poux corporels est une bonne hygiène personnelle et le lavage régulier des vêtements et de la literie. Les infestations peuvent être contrôlées au moyen du traitement personnel (application de poudres), de campagnes de lessive ou d'épouillage collectifs et de protocoles de traitement lorsque des personnes récemment déplacées arrivent dans un établissement humain. La propreté de l'environnement domestique, ainsi que de bonnes dispositions concernant l'enlèvement des ordures et l'entreposage des aliments, dissuaderont les rats et autres rongeurs d'entrer dans les habitations ou les abris.

5. Maladies hydriques: les personnes seront informées des risques pour la santé et devront éviter de se baigner dans des étendues d'eau lorsqu'il y a un risque connu de contracter des maladies comme la schistosomiase, le ver de Guinée ou la leptospirose (transmise par le contact avec l'urine des mammifères, en particulier celle des rats - Cf. annexe 4). Les organisations devront peut-être travailler en coopération avec la communauté pour trouver d'autres sources possibles d'eau afin de veiller à ce que l'eau destinée à toutes les utilisations soit traitée de façon appropriée.



Norme 2 relative à la lutte antivectorielle: mesures de protection physiques, environnementales et chimiques

Le nombre de vecteurs de maladies qui représentent un risque pour la santé des personnes et de vecteurs gênants qui représentent un risque pour le bien-être des personnes sera maintenu à un niveau acceptable.

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

- Les populations déplacées sont installées dans des lieux qui réduisent au minimum leur contact avec les moustiques (Cf. note d'orientation 1).
- Les sites de reproduction et de repos des vecteurs sont modifiés lorsque c'est faisable (Cf. notes d'orientation 2-4).
- Un contrôle intensif des mouches est effectué dans les établissements densément peuplés lorsqu'il existe un risque d'épidémie de diarrhée ou lorsqu'une telle épidémie s'est déclarée.
- La densité de population des moustiques est maintenue à un seuil assez bas pour éviter des niveaux excessifs de transmission et d'infection (Cf. note d'orientation 4).
- Les personnes ayant contracté le paludisme sont diagnostiquées tôt et soumises à un traitement (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

- 1. La sélection du site est importante si l'on veut réduire au minimum le contact de la population avec le risque de maladies à vecteur ;** elle doit être l'un des facteurs clés lorsque l'on envisage différents sites possibles. En ce qui concerne le contrôle du paludisme, par exemple, les camps devront être situés à entre 1 et 2 km contre le vent des sites importants de reproduction, comme les marécages ou les lacs, chaque fois qu'il est possible de fournir une source d'eau salubre supplémentaire (Cf. normes 1 et 2 relatives aux abris et aux établissements humains, pages 250-259).
- 2. Contrôle environnemental et chimique des vecteurs:** il y a un certain nombre de mesures fondamentales relevant de l'ingénierie environnementale qui peuvent être prises pour réduire les possibilités de reproduction des vecteurs. Il s'agit, entre autres, de l'élimination appropriée des excréments humains et animaux (Cf. section relative à l'élimination des excréments), l'enlèvement approprié des ordures pour lutter contre les mouches et les rongeurs (Cf. section sur la gestion des déchets solides), et le drainage de l'eau stagnante pour contrôler les moustiques (Cf. section sur le drainage). Ces mesures prioritaires en matière de santé

environnementale auront un impact sur la densité démographique de certains vecteurs. Il ne sera peut-être pas possible d'avoir un impact suffisant sur tous les sites de reproduction, d'alimentation et de repos dans un établissement ou à proximité, même à long terme, et il sera peut-être nécessaire de recourir à des mesures localisées de contrôle chimique ou de protection individuelle. Par exemple, le traitement des espaces fermés par pulvérisation peut réduire le nombre de mouches adultes et empêcher une épidémie de diarrhée, ou contribuer à réduire au minimum le fardeau représenté par la maladie si on l'utilise pendant une épidémie.

3. Conception de l'intervention: les programmes de lutte antivectorielle peuvent n'avoir aucun impact sur les maladies s'ils ciblent le mauvais vecteur, s'ils utilisent des méthodes inefficaces, ou s'ils ciblent le bon vecteur, mais au mauvais endroit ou au mauvais moment. Les programmes de contrôle chercheront au départ à répondre aux trois objectifs suivants: 1) réduire la densité démographique du vecteur, 2) réduire le contact humains/vecteur et 3) réduire les sites de reproduction du vecteur. Les programmes médiocrement exécutés peuvent aller à l'encontre du but recherché. Des études détaillées, et souvent des conseils d'experts, sont nécessaires et seront demandés à des organisations nationales et internationales du domaine de la santé, tandis que l'on demandera conseil au niveau local sur les caractéristiques et tendances des maladies, les sites de reproduction, les variations saisonnières des nombres des vecteurs et de l'incidence des maladies, etc.

4. Contrôle environnemental des moustiques: le contrôle environnemental vise principalement à éliminer les sites de reproduction des moustiques. Les trois principales espèces de moustiques responsables de la transmission de maladies sont: Culex (filariase), Anopheles (paludisme et filariase) et Aedes (fièvre jaune et dengue). Les moustiques Culex se reproduisent dans les eaux stagnantes saturées de matière organique comme les latrines, les Anopheles dans des eaux de surface relativement non polluées comme les flaques, les cours d'eau lents et les puits, et les Aedes dans des récipients d'eau comme les bouteilles, les seaux, les pneus, etc. Le contrôle environnemental des moustiques peut se faire, par exemple, au moyen d'un bon drainage, de latrines à aération améliorée en bon état de marche, de l'utilisation de couvercles sur les trous de défécation des latrines à fosse et sur les récipients d'eau, et en maintenant les puits couverts ou en les traitant avec un larvicide (par exemple dans les zones où la fièvre dengue est endémique).

5. Traitement du paludisme: les stratégies de contrôle du paludisme qui visent à réduire la densité démographique des moustiques en éliminant les sites de reproduction, en réduisant le taux quotidien de survie des moustiques et en limitant leur habitude de piquer les humains devront être mises en œuvre en même temps que le diagnostic rapide et le traitement au moyen de médicaments anti-paludéens efficaces. Des campagnes encourageant le diagnostic et le traitement rapides devront être lancées et soutenues. Dans le contexte d'une approche intégrée, la recherche active de cas par des agents de proximité formés et le traitement au moyen de médicaments anti-paludéens efficaces seront plus susceptibles de réduire le fardeau constitué par le paludisme que la recherche passive de cas au travers de services de santé centralisés (Cf. norme 5 relative à la lutte contre les maladies transmissibles, page 334).

Norme 3 relative à la lutte antivectorielle: sécurité du contrôle chimique

Les mesures de contrôle chimique des vecteurs sont mises en œuvre de manière à ce que les membres du personnel, les personnes affectées par le désastre et l'environnement local soient suffisamment protégés, et de façon à éviter la création d'une résistance aux substances utilisées.

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

- Les membres du personnel sont protégés par les moyens suivants: formation, vêtements de protection, utilisation des installations prévues pour le bain, supervision et restriction du nombre d'heures passées à manipuler des produits chimiques.
- Le choix, la qualité, le transport et l'entreposage des substances chimiques utilisées pour la lutte antivectorielle, l'équipement d'application et l'élimination des substances sont conformes aux normes internationales, et on peut rendre des comptes à leur sujet à n'importe quel moment (Cf. note d'orientation 1).
- Les communautés sont informées des risques potentiels des substances utilisées dans le contrôle chimique des vecteurs et du calendrier de l'application. Elles sont protégées durant et après

l'application de poisons et de pesticides, conformément aux procédures convenues au niveau international (Cf. note d'orientation 1).

Notes d'orientation

1. Protocoles nationaux et internationaux: il existe des normes et des protocoles internationaux clairs, publiés par l'OMS, tant pour le choix que pour l'application de substances chimiques dans le cadre de la lutte antivectorielle, qui doivent être observés à tout moment. Les mesures de lutte antivectorielle aborderont deux préoccupations principales: l'efficacité et la sécurité. Si les normes nationales concernant le choix des substances chimiques sont inférieures aux normes internationales et entraînent un impact faible ou inexistant, ou un danger pour la santé et la sécurité, l'organisation devra consulter et faire pression sur l'autorité nationale compétente pour obtenir la permission d'adhérer aux normes internationales.



5 Gestion des déchets solides

Si l'on n'élimine pas les déchets solides organiques, on court un risque important de prolifération des mouches et des rats (Cf. section sur la lutte antivectorielle) et de pollution de l'eau de surface. Les déchets solides non ramassés et qui s'accumulent, en plus des débris laissés par une catastrophe naturelle ou un conflit, peuvent créer en outre un environnement déprimant et laid, qui décourage les efforts en vue d'améliorer d'autres aspects de la santé environnementale. Les déchets solides bloquent souvent les canaux du système de drainage et entraînent des problèmes de santé environnementale associés aux eaux stagnantes et aux eaux de surface polluées.

Norme 1 relative à la gestion des déchets solides: enlèvement et élimination

Les personnes ont un environnement qui est suffisamment non contaminé par les déchets solides pour être acceptable, et disposent des moyens d'éliminer leurs ordures ménagères de manière pratique et efficace.

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

- Les membres de la population affectée participent à la conception et à la mise en œuvre du programme de gestion des déchets solides.
- Les ordures ménagères sont placées dans des conteneurs, tous les jours, pour être enlevées régulièrement, brûlées ou enfouies dans une fosse à ordures désignée.
- Tous les ménages ont accès à un conteneur d'ordures et/ou ne se trouvent pas à plus de 100 mètres d'une fosse à ordures commune.

- Il y a au moins un conteneur d'ordures de 100 litres pour 10 familles, lorsque les ordures ménagères ne sont pas enfouies sur le site
- Les ordures sont enlevées du site de l'établissement avant qu'elles ne deviennent gênantes ou ne présentent un risque pour la santé (Cf. notes d'orientation 1, 2 et 6).
- Les déchets d'origine médicale sont mis de côté et éliminés séparément, et il y a une fosse correctement désignée, construite et exploitée, ou bien un incinérateur muni d'une fosse à cendre profonde, dans les limites de chaque centre de santé (Cf. notes d'orientation 3 et 6).
- Il n'y a pas de déchets d'origine médicale dangereux ou contaminés (aiguilles, verre, pansements, médicaments, etc.), à quelque moment que ce soit, dans les espaces d'habitation ou publics (Cf. note d'orientation 3).
- Il y a des fosses à ordures clairement indiquées et bien clôturées, des poubelles ou des zones réservées à cet effet dans les lieux publics, comme les marchés et les zones d'abattage, et un système d'enlèvement régulier est en place (Cf. note d'orientation 4).
- L'élimination finale des déchets solides est effectuée dans des endroits et selon des méthodes permettant d'éviter la création de problèmes sanitaires et environnementaux pour les populations locales et affectées (Cf. notes d'orientation 5-6).



Notes d'orientation

1. Enfouissement des déchets: si les déchets doivent être enfouis sur le site, soit dans des fosses prévues pour chaque ménage soit dans des fosses communes, ils doivent être recouverts au minimum une fois par semaine d'une fine couche de terre afin d'éviter qu'ils n'attirent des vecteurs comme les mouches et les rongeurs, et ne deviennent leur lieu de reproduction. Si les fèces ou les couches des enfants sont jetées, elles doivent être recouvertes de terre immédiatement après. Les décharges doivent être clôturées afin d'empêcher tout accident et d'éviter que les enfants et les animaux ne s'y rendent ; il faut également veiller à empêcher la contamination de la nappe phréatique par les eaux de lessivage.

2. Type et quantité des déchets: les déchets produits par les établissements humains varient énormément en composition et en quantité, selon le niveau et le type d'activité économique, les aliments de base consommés et les pratiques locales en matière de recyclage et/ou d'élimination des déchets. L'impact des déchets solides sur la santé des personnes doit être évalué et il conviendra de prendre des mesures appropriées, si nécessaire. Le recyclage des déchets solides au sein de la communauté doit être encouragé, pourvu qu'il ne présente aucun risque significatif pour la santé. Il faudra éviter de distribuer des produits qui génèrent une grande quantité de déchets solides du fait de leur emballage ou de leur traitement sur le site.

3. Déchets médicaux: la gestion médiocre des déchets d'origine médicale expose la communauté, les agents sanitaires et les éboueurs au risque d'infections, d'effets toxiques et de blessures. Dans une situation de catastrophe, les types les plus dangereux de déchets sont susceptibles d'être des objets tranchants ou non-tranchants infectieux (pansements de plaies, tissus tachés de sang et matière organique, comme les placentas, etc.). Les différents types de déchets doivent faire l'objet d'un tri à la source. Les déchets non infectieux (papier, emballages en plastique, déchets alimentaires, etc.) peuvent être jetés comme les autres déchets solides. Les objets tranchants ou pointus contaminés, en particulier les aiguilles et les seringues utilisées, devront être placés dans une boîte de sécurité immédiatement après leur emploi. On peut éliminer les boîtes de sécurité et les autres déchets infectieux sur le site en les enfouissant, en les incinérant ou par d'autres méthodes sûres.

4. Déchets des marchés: la plus grande partie des déchets des marchés peut être traitée de la même manière que les ordures ménagères. Les déchets des abattoirs nécessiteront éventuellement un traitement particulier et des installations spéciales pour éliminer les déchets liquides produits, et pour veiller à ce que l'abattage soit réalisé dans des conditions hygiéniques et conformément aux lois locales. Les déchets des abattoirs peuvent souvent être jetés dans une grande fosse munie d'un couvercle doté d'un trou et située à côté de l'abattoir. On peut faire couler le sang, etc. de l'abattoir vers la fosse au travers d'une rigole couverte d'une plaque (ce qui réduit l'accès des mouches à la fosse). De l'eau doit être mise à disposition pour assurer le nettoyage.

5. Dépôt d'ordures contrôlé/enfouissement sanitaire des déchets:

l'enlèvement à grande échelle des déchets doit être effectué en dehors du site en procédant soit à leur dépôt de manière contrôlée soit à leur enfouissement sanitaire. Cette méthode ne sera possible que si l'on dispose de suffisamment de place et si l'on a accès à un équipement mécanique. L'idéal est que les déchets déposés soient recouverts de terre à la fin de chaque journée afin d'éviter d'attirer les charognards ou de favoriser la reproduction des vecteurs.

6. Bien-être du personnel: tous les membres du personnel qui s'occupent de la gestion des déchets solides et qui ramassent, transportent ou jettent des déchets devront être équipés de vêtements de protection, au minimum de gants et dans l'idéal de blouses, de bottes et de masques de protection. On doit leur fournir du savon et de l'eau pour qu'ils puissent se laver les mains et le visage. Les membres du personnel qui manipulent des déchets d'origine médicale doivent être informés des méthodes correctes d'entreposage, de transport et d'élimination de ces déchets et des risques associés à leur mauvaise gestion.

6 Drainage

L'eau de surface dans les établissements humains ou à proximité peut provenir des eaux usées des ménages ou des points d'eau, des fuites éventuelles dans les toilettes et les égouts, de l'eau de pluie ou des crues. Les principaux risques pour la santé associés à l'eau de surface sont: la contamination de l'eau fournie à la population et du milieu de vie, les dégâts occasionnés aux toilettes et aux habitations, la reproduction des vecteurs de maladie et la noyade. L'eau de pluie et les eaux de crues peuvent empirer la situation de drainage dans un établissement et accroître encore le risque de contamination. Afin de réduire les risques potentiels pour la population, il faudra mettre en œuvre un bon plan de drainage. Ce dernier tiendra compte non seulement du drainage des eaux pluviales au travers de la planification du site, mais également de l'évacuation des eaux usées à l'aide d'un système de drainage à petite échelle sur le site même. Cette section aborde les problèmes et les activités liés au drainage à petite échelle. Le drainage à grande échelle est en général déterminé par la sélection et le développement du site (Cf. Abris, établissements et articles non alimentaires, chapitre 4, page 241).

Norme 1 relative au drainage: installations de drainage

Les personnes ont un environnement dans lequel sont réduits au minimum les risques de santé et autres risques posés par l'érosion due à l'eau et par l'eau stagnante, y compris les eaux pluviales, les eaux de crues, les eaux usées des ménages et celles provenant de centres médicaux.

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

- Il n'y a pas d'eaux usées stagnantes dans les zones proches des habitations et des points d'eau, et les égouts destinés aux eaux pluviales ne sont pas bloqués (Cf. notes d'orientation 1, 2, 4 et 5).
- Les abris, les sentiers et les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement ne sont ni submergés ni érodés par l'eau (Cf. notes d'orientation 2-4).
- Le drainage au niveau des points d'eau est bien planifié, construit et entretenu. Il s'agit entre autres du drainage des zones réservées à la lessive et à la toilette, ainsi que des points de collecte d'eau (Cf. notes d'orientation 2 et 4).
- Les eaux usées ne polluent pas les sources de surface ou souterraines (de la nappe phréatique) et n'entraînent pas non plus une érosion (Cf. note d'orientation 5).
- Un nombre suffisant d'outils appropriés est fourni pour de petites installations de drainage et leur entretien au besoin (Cf. note d'orientation 4).



Notes d'orientation

- 1. Sélection et planification du site:** la manière la plus efficace de contrôler les problèmes de drainage est de bien choisir le site et de bien agencer l'établissement (Cf. normes 1-4 relatives aux abris et aux établissements, pages 250-266).
- 2. Eaux usées:** les eaux grises ou eaux usées domestiques sont classifiées comme des vidanges lorsqu'elles sont mélangées aux excréments humains. À moins que l'établissement ne se situe là où il y a déjà un système d'égouts en place, on ne permettra pas que les eaux usées des ménages se mélangent aux déchets humains. Les vidanges sont plus difficiles et plus coûteuses à traiter que les eaux usées domestiques. Au niveau des points d'eau et des zones réservées à la lessive et à la toilette, on encouragera la création de petits jardins afin d'utiliser les eaux usées. Il faut accorder une attention spéciale aux efforts visant à empêcher que les eaux usées des zones réservées à la lessive et à la toilette ne contaminent les sources d'eau.

3. Drainage et élimination des excréments: il faut veiller tout particulièrement à empêcher les débordements des toilettes et des égouts afin d'éviter les dégâts structurels et les fuites.

4. Promotion: il est essentiel de faire participer la population affectée à la fourniture de petites installations de drainage, car elle a souvent une bonne connaissance de l'écoulement naturel des eaux usées et de l'emplacement idéal des canaux. D'autre part, si elle comprend les risques, physiques et sanitaires, en présence et qu'elle a apporté son assistance lors de la construction du système de drainage, elle sera plus susceptible de l'entretenir (Cf. section sur la lutte antivectorielle). Il faudra alors éventuellement apporter un soutien technique et des outils.

5. Évacuation sur le site: dans la mesure du possible, et si les conditions du sol sont favorables, le drainage des points d'eau et des zones de lavage devra se faire sur le site plutôt que par le biais de canaux ouverts, qui sont difficiles à entretenir et se bloquent souvent. Des techniques simples et peu coûteuses comme les puits perdus peuvent être utilisées pour l'évacuation des eaux usées. Lorsque l'évacuation ailleurs que sur le site est la seule possibilité, les canaux sont préférables aux canalisations. Les canaux seront conçus de manière à permettre l'écoulement rapide des eaux grises par temps sec et serviront également au transport des eaux pluviales. Lorsque l'inclinaison est supérieure à 5%, des techniques d'ingénierie devront être appliquées afin d'empêcher une érosion excessive. Le drainage des résidus de tous processus de traitement de l'eau devra être minutieusement contrôlé pour empêcher l'utilisation de cette eau et la contamination des sources de surface ou souterraines (de la nappe phréatique).

Annexe 1

Liste de contrôle pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'approvisionnement en eau et d'assainissement

Cette liste de questions est principalement destinée à être utilisée dans le but d'évaluer les besoins, d'identifier les ressources autochtones et de décrire les conditions locales. Elle n'englobe pas de questions visant à déterminer les ressources externes nécessaires en sus de celles immédiatement et localement disponibles.

1 Généralités

- Combien de personnes ont été affectées et où se trouvent-elles ? Ventilez les données le plus possible en fonction du sexe, de l'âge, des handicaps, etc.
- Quels sont les mouvements probables des personnes ? Quels sont les facteurs de sécurité en présence pour les personnes affectées et pour les interventions potentielles d'aide humanitaire ?
- Quelles sont les maladies actuelles ou potentielles liées à l'eau et aux installations sanitaires ? Quelles sont la mesure et l'évolution prévue des problèmes ?
- Qui sont les personnes clés à consulter ou à contacter ?
- Qui sont les personnes vulnérables au sein de la population et pourquoi ?
- Y a-t-il un accès égal pour tous aux installations existantes ?
- Quels sont les risques spéciaux en matière de sécurité pour les femmes et les filles ?
- Quelles sont les pratiques en matière d'eau et d'assainissement auxquelles la population était habituée avant l'urgence ?

2 Approvisionnement en eau

- Quelle est la source actuelle d'eau et qui en sont les utilisateurs actuels ?
- Combien y a-t-il d'eau disponible par personne et par jour ?
- Quelle est la fréquence journalière/hebdomadaire de l'approvisionnement en eau ?
- L'eau disponible à la source est-elle suffisante pour les besoins à court terme et à long terme de tous les groupes de la population ?
- Y a-t-il des points de collecte de l'eau suffisamment proches des habitations des personnes ? Sont-ils sûrs ?
- L'approvisionnement en eau actuel est-il fiable ? Combien de temps durera-t-il ?
- Les personnes disposent-elles d'un nombre suffisant de récipients de la taille et du type appropriés ?
- La source d'eau est-elle contaminée ou risque-t-elle d'être contaminée (contamination microbiologique ou chimique/radiologique) ?
- Le traitement est-il nécessaire ? Est-il possible ? Quel est le traitement nécessaire ?
- La désinfection est-elle nécessaire, même si l'eau fournie n'est pas contaminée ?
- Y a-t-il d'autres sources possibles à proximité ?
- Quelles sont les convictions et les pratiques traditionnelles concernant la collecte, l'emmagasiner et l'utilisation de l'eau ?
- Y a-t-il des obstacles entravant l'utilisation de l'eau disponible ?
- Est-il possible de déplacer la population si les sources d'eau sont inadéquates ?
- Est-il possible de fournir de l'eau au moyen de camions-citernes si les sources d'eau sont inadéquates ?

- Quelles sont les questions clés en matière d'hygiène liées à l'approvisionnement en eau ?
- Les personnes disposent-elles des moyens d'utiliser l'eau de façon hygiénique ?

3 Élimination des excréments

- Quelle est la pratique actuelle en ce qui concerne la défécation ? S'il s'agit de la défécation à l'air libre, y a-t-il une zone désignée ? Est-elle sûre ?
- Quelles sont les convictions et les pratiques actuelles, y compris celles spécifiques à chaque sexe, concernant l'élimination des excréments ?
- Y a-t-il des installations en place ? Dans l'affirmative, sont-elles utilisées, suffisent-elles et fonctionnent-elles bien ? Peuvent-elles être étendues ou adaptées ?
- La pratique actuelle en matière de défécation représente-t-elle une menace pour les réserves d'eau (eau de surface ou de la nappe phréatique) ou pour les zones d'habitation ?
- Les personnes se lavent-elles les mains après la défécation et avant la préparation et la consommation de nourriture ? Disposent-elles de savon ou d'autres articles pour se laver ?
- Les personnes sont-elles au fait de la construction et de la manière d'utiliser les toilettes ?
- Quels sont les matériaux disponibles au niveau local pour construire des toilettes ?
- Les personnes sont-elles disposées à utiliser des latrines à fosse, des terrains de défécation, des tranchées, etc. ?
- Y a-t-il assez de place pour les terrains de défécation, les latrines à fosse, les toilettes, etc. ?
- Quelle est l'inclinaison du terrain ?
- À quel niveau se situe la nappe phréatique ?

- Les conditions du sol se prêtent-elles à l'élimination des excréments sur le site ?
- Les dispositions actuelles en matière d'élimination des excréments encouragent-elles les vecteurs de maladie ?
- Y a-t-il du matériel ou de l'eau disponibles pour la toilette anale ? Comment les personnes éliminent-elles normalement ce matériel ?
- Comment les femmes gèrent-elles les questions liées à la menstruation ? Y a-t-il du matériel ou des installations appropriées disponibles à cet effet ?

4 Maladies à vecteur

- Quels sont les risques de maladies à vecteur et ces risques sont-ils sérieux ?
- Quelles sont les croyances et les pratiques traditionnelles liées aux vecteurs et aux maladies qu'ils transmettent ? Certaines d'entre elles sont-elles utiles ou bien néfastes ?
- Si les risques de maladies à vecteur sont élevés, les personnes en situation de risque ont-elles accès à une protection individuelle ?
- Est-il possible d'apporter des changements à l'environnement local (en recourant au drainage, à l'élimination des broussailles et des excréments, à l'enlèvement des ordures, etc.) pour décourager la prolifération des vecteurs ?
- Est-il nécessaire de contrôler les vecteurs par des moyens chimiques ? Quels sont les programmes, la réglementation et les ressources existants concernant la lutte antivectorielle et l'utilisation de substances chimiques ?
- Quelles informations et précautions de sécurité faut-il donner aux ménages ?

5 Élimination des déchets solides

- Les déchets solides constituent-ils un problème ?
- Comment les personnes éliminent-elles leurs déchets ? Quels sont les types et les quantités de déchets solides produits ?
- Les déchets solides peuvent-ils être éliminés sur le site, ou bien faut-il les enlever et les éliminer en dehors du site ?
- Quelle est la pratique normale concernant l'élimination des déchets solides pour la population affectée ? (Fosses de compost/d'ordures ? Système d'enlèvement ? Poubelles ?)
- Y a-t-il des installations médicales et des activités qui produisent des déchets ? Comment ces déchets sont-ils éliminés ? Qui en est chargé ?

6 Drainage

- Y a-t-il un problème de drainage (par exemple inondation d'habitations ou de toilettes, sites de reproduction des vecteurs, eau polluée qui contamine des zones d'habitation ou les réserves d'eau) ?
- Le sol a-t-il tendance à être détrempé ?
- Les personnes ont-elles les moyens de protéger leurs habitations et leurs toilettes d'inondations localisées ?

Annexe 2

Lignes directrices pour la planification des quantités minimales d'eau pour les institutions et autres utilisations

Centres de santé et externe	5 litres/patient en consultation hôpitaux 40-60 litres/malade hospitalisé/jour Des quantités supplémentaires peuvent être nécessaires pour l'équipement de blanchissage, les chasses d'eau des toilettes, etc.
Centres de traitement du choléra	60 litres/patient/jour 15 litres/personne s'occupant de proches dépendants/jour
Centres d'alimentation thérapeutique	30 litres/malade hospitalisé/jour 15 litres/personne s'occupant de proches dépendants/jour
Écoles	3 litres/élève/jour pour la boisson et le lavage des mains (utilisation pour les toilettes non incluse, voir ci-après)
Mosquées	2-5 litres/personne/jour pour la toilette et la boisson
Toilettes publiques	1-2 litres/utilisateur/jour pour le lavage des mains 2-8 litres/cabine/jour pour le nettoyage des toilettes
Toutes les toilettes à d'eau	20-40 litres/utilisateur/jour pour les chasses toilettes conventionnelles à chasse d'eau connectées aux égouts 3-5 litres/utilisateur/jour pour les toilettes à siphon d'eau
Toilette anale	1-2 litres/personne/jour
Bétail	20-30 litres/animal de grande ou moyenne taille/jour 5 litres/petit animal/jour
Irrigation à petite échelle	3-6mm/m2/jour, mais peut varier considérablement

Annexe 3

Lignes directrices pour la planification du nombre minimal de toilettes dans les lieux publics et les institutions dans les situations de catastrophe

Institution	Court terme	Long terme
Marchés	1 latrine/w.c. pour 50 stands	1 latrine/w.c. pour 20 stands
Hôpitaux/centres de santé	1 latrine/w.c. pour 20 lits ou 50 patients en consultation externe	1 latrine/w.c. pour 10 lits ou 20 patients en consultation externe
Centres d'alimentation	1 latrine/w.c. pour 50 adultes	1 latrine/w.c. pour 20 enfants
	1 latrine/w.c. pour 20 adultes	1 latrine/w.c. pour 10 enfants
Centres d'accueil/de transit	1 latrine/w.c. pour 50 personnes	3/1 femmes/hommes
Écoles	1 latrine/w.c. pour 30 filles	1 latrine/w.c. pour 60 garçons
	1 latrine/w.c. pour 30 filles	1 latrine/w.c. pour 60 garçons
Bureaux	1 latrine/w.c. pour 20 employés	

Source: adapté de Harvey, Baghri et Reed (2002)

Annexe 4

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

Maladies d'origine hydrique ou dues au manque d'hygiène	Choléra, shigellose, diarrhée, salmonellose, etc. Typhoïde, paratyphoïde, etc. Dysenterie amibienne, giardiase Hépatite A, poliomyélite, diarrhée à rotavirus	Oro-fécale bactérienne Oro-fécale non bactérienne	Contamination de l'eau Assainissement médiocre Hygiène personnelle médiocre Contamination des cultures
Maladies dues au manque d'hygiène ou à la pénurie d'eau	Infections de la peau et des yeux Typhus à poux et fièvre récurrente à poux		Insuffisance d'eau Hygiène personnelle médiocre
Helminthes liés aux excréments	Ver rond, ver à crochet, trichocéphale, etc.	Helminthes transmis par le sol	Défécation à l'air libre Contamination du sol
Vers solitaires du bœuf et du cochon	Téniase	Homme-animal	Viande mal cuite Contamination du sol
Maladies d'origine aquatique	Schistosomiase, ver de Guinée, clonorchiose, etc.	Long séjour dans de l'eau infectée	Contamination de l'eau
Insectes vecteurs liés à l'eau Insectes vecteurs liés aux excréments	Paludisme, dengue, maladie du sommeil, filariase, etc. Diarrhée et dysenterie	Insectes vecteurs liés aux excréments Piqûres de moustiques, mouches	Piqûre près de l'eau Prolifération dans l'eau Environnement sale

Annexe 5

Références

NB: Les titres “officiels” des documents sont indiqués dans la mesure du possible, mais dans les cas où il n'existe pas de version officielle ou lorsqu'elle nous est inconnue, la traduction française des titres des documents, rapports ou publications est ajoutée entre parenthèses à titre indicatif.

Grâce au programme Forced Migration Online (Migration forcée en ligne) du Refugee Studies Centre (Centre des études sur les réfugiés) de l'université d'Oxford, bon nombre de ces documents ont reçu l'autorisation de reproduction et sont disponibles sur un lien spécial du projet Sphère sur le site Web: <http://www.forcedmigration.org>

Instruments juridiques internationaux

(Le droit à l'eau – articles 11 et 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Commentaire général du CDESC 15, 26 novembre 2002, U.N. Doc. E/C.12/2002/11, Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

Collection des traités des Nations Unies: <http://untreaty.un.org>

Bibliothèque des droits de l'homme de l'Université du Minnesota: <http://www1.umn.edu/humanrts>

http://www.who.int/water_sanitation_health/Documents/righttowater/righttowater.htm

Général

Adams, J (1999), *Managing Water Supply and Sanitation in Emergencies (Gestion de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dans les situations d'urgence)*. Oxfam GB.

Cairncross, S et Feachem, R (1993), *Environmental Health Engineering in the Tropics: An Introductory Text (Second Edition) (Ingénierie de la santé environnementale dans les tropiques: entrée en matière – deuxième édition)*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Royaume-Uni.

Davis, J et Lambert, R (2002), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers. Second Edition (Ingénierie dans les situations d'urgence: guide pratique pour les travailleurs humanitaires)*. RedR/TT Publications, Londres.

Drouarty, E et Vouillamoz, JM (1999), *Alimentation en eau des populations menacées*. Hermann, Paris.

Site Web du International Research Centre (Centre international de recherche) (Pays-Bas): <http://www.irc.nl/publications>

MSF (1994), *Public Health Engineering in Emergency Situations. First Edition (Ingénierie de la santé publique dans les situations d'urgence, première édition)*. Médecins Sans Frontières, Paris.

HCR (1999), *Handbook for Emergencies. Second Edition (Manuel pour les situations d'urgence. Deuxième édition)*. HCR. Genève. <http://www.unhcr.ch/>

Water, Engineering and Development Centre (WEDEC) (Centre de l'eau, de l'ingénierie et du développement), Université de Loughborough, Royaume-Uni. <http://www.lboro.ac.uk>

Bibliothèque de l'OMS sur la santé dans les situations de catastrophe: <http://www.helid.desastres.net>

Programme de l'OMS sur l'eau, l'assainissement et la santé: http://www.who.int/water_sanitation_health

Études sanitaires

Manuel ARGOSS: <http://www.bgs.ac.uk>

Genre

Gender and Water Alliance (Alliance genre et eau):
<http://www.genderandwateralliance.org>

Islamic Global Health Network (Réseau islamique sur la santé mondiale), Islamic Supercourse Lectures (Conférences islamiques). *On Health Promotion, Child Health and Islam (De la promotion de la santé, la santé de l'enfant et l'Islam)*. <http://www.pitt.edu>

WCRWC/UNICEF (1998), *The Gender Dimensions of Internal Displacement*. Women's Commission for Refugee Women and Children (*Les dimensions relatives au genre du déplacement à l'intérieur d'un même pays*. Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés). New York.

Promotion de l'hygiène

Almedom, A, Blumenthal, U et Manderson, L (1997), *Hygiene Evaluation Procedures: Approaches and Methods for Assessing Water-and Sanitation-Related Hygiene Practices (Procédures d'évaluation de l'hygiène: approches et méthodes pour évaluer les pratiques d'hygiène relatives à l'eau et à l'assainissement)*. International Nutrition Foundation for Developing Countries (Fondation internationale pour la nutrition dans les pays en voie de développement). Disponible auprès de Intermediate Technology Publications, Southampton Row, Londres WC1, Royaume-Uni.

Benenson, AS, ed. (1995), *Control of Communicable Diseases Manual, 16th Edition (Manuel de lutte contre les maladies transmissibles)*. American Public Health Association (Association américaine sur la santé publique).

Ferron, S, Morgan, J et O'Reilly, M (2000), *Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development (Promotion de l'hygiène: un manuel pratique pour les secours humanitaires et le développement)*. Oxfam GB.

Approvisionnement en eau

FAO: <http://www.fao.org>

House, S et Reed, R (1997), *Emergency Water Sources: Guidelines for Selection and Treatment (Sources d'eau en situation d'urgence: lignes directrices pour leur sélection et leur traitement)*. WEDEC, Université de Loughborough, Royaume-Uni.

Qualité de l'eau

OMS (2003), *Guidelines for Drinking Water Quality. Third Edition (Lignes directrices pour la qualité de l'eau de boisson. Troisième édition)*. Genève.

Élimination des excréments

Harvey, PA, Baghri, S et Reed, RA (2002), *Emergency Sanitation, Assessment and Programme Design (Assainissement en situation d'urgence, évaluation et conception des programmes)*. WEDEC, Université de Loughborough, Royaume-Uni.

Pickford, J (1995), *Low Cost Sanitation: A Survey of Practical Experience (Assainissement à faible coût – une étude des expériences pratiques)*. IT Publications, Londres.

Lutte antivectorielle

Hunter, P (1997), *Waterborne Disease: Epidemiology and Ecology (Maladies hydriques: épidémiologie et écologie)*. John Wiley & Sons Ltd, Chichester, Royaume-Uni.

Lacarin, CJ et Reed, RA (1999), *Emergency Vector Control Using Chemicals (Lutte antivectorielle à l'aide de produits chimiques)*. WEDEC, Université de Loughborough, Royaume-Uni.

Thomson, M (1995), *Disease Prevention Through Vector Control: Guidelines for Relief Organisations (Prévention des maladies au moyen de la lutte antivectorielle: lignes directrices pour les organisations humanitaires)*. Oxfam GB.

HCR (1997), *Vector and Pest Control in Refugee Situations (Lutte*

antivectorielle et contre les fléaux dans les situations de réfugiés). HCR, Genève.

Warrell, D et Gilles, H, eds. (2002), *Essential Malariology. Fourth Edition. (Malariologie essentielle. Quatrième édition)* Arnold, Londres.

OMS, *Chemical methods for the control of vectors and pests of public health importance (Méthodes chimiques pour la lutte contre les vecteurs et les fléaux revêtant une importance pour la santé publique)*. <http://www.who.int>

OMS Pesticide Evaluation Scheme (WHOPES) (Programme de l'OMS sur l'évaluation des pesticides), *Guidelines for the purchase of pesticides for use in public health (Lignes directrices pour l'achat de pesticides utilisés dans le domaine de la santé publique)*. <http://www.who.int>.

Déchets solides

Conception des sites d'enfouissement: <http://www.lifewater.org>

The International Solid Waste Association (Association internationale des déchets solides): <http://www.iswa.org>

Déchets médicaux

Prüss, A, Giroult, E, Rushbrook, P, eds. (1999), *Gestion sans risque des déchets produits par les soins de santé*. OMS, Genève.

OMS (2000), *Aide-mémoire: gestion sans risque des déchets produits par les soins de santé*. Genève.

OMS: <http://www.healthcarewaste.org>

OMS: <http://www.injectionsafety.org>

Drainage

Environmental Protection Agency (EPA) (Agence de protection environnementale) (1980), *Design Manual: On-Site Wastewater Treatment and Disposal Systems (Manuel de conception: systèmes in situ de traitement et d'évaluation des eaux usées)*, Rapport EPA-600/2-78-173. Cincinnati.

Notes

*Normes minimales dans les secteurs de l'approvisionnement
en eau, de l'assainissement et de la promotion de l'hygiène*

Notes



Notes



Annexes

1 Instruments juridiques qui étayent le manuel de Sphère

Les instruments suivants façonnent la Charte humanitaire et les Normes minimales pour les interventions lors de catastrophes:

Déclaration universelle des droits de l'homme, 1948.

Pacte international relatif aux droits civils et politiques, 1966.

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966

Convention internationale sur l'élimination de toutes les formes de discrimination raciale, 1969.

Les quatre Conventions de Genève de 1949 et leurs deux Protocoles additionnels de 1977.

Convention relative au statut des réfugiés de 1951 et Protocole relatif au statut des réfugiés de 1967.

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

Convention pour la prévention et la répression du crime de génocide, 1948.

Convention relative aux droits de l'enfant, 1989.

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

Convention relative au statut des apatrides, 1960.

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

2 Le code de conduite pour le Mouvement international de la Croix- Rouge et du Croissant- Rouge et pour les ONGs lors des opérations de secours en cas de catastrophes

Préparé conjointement par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le Comité international de la Croix-Rouge ^[1]

Objet

Le présent Code de conduite a pour objet de préserver nos principes de comportement. Il n'aborde pas les questions opérationnelles de détail, telles que la façon de calculer les rations alimentaires ou d'installer un camp de réfugiés. Il vise en revanche à sauvegarder les critères élevés d'indépendance et d'efficacité auxquels aspirent les ONG fournissant des secours en cas de catastrophe et le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il s'agit d'un code volontaire, dont l'application repose sur la détermination de chacune des organisations qui y adhère de respecter les normes qu'il définit.

¹Parrainé par: Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services*, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, International Save the Children Alliance*, la Fédération luthérienne mondiale*, Oxfam*, le Conseil cuménique des Eglises*, Comité international de la Croix-Rouge (*membres du Comité directeur de l'intervention humanitaire).

En cas de conflit armé, le présent Code de conduite sera interprété et appliqué conformément au droit international humanitaire.

Le texte du Code, qui figure ci-après, est suivi de trois annexes qui décrivent le cadre de travail que nous voudrions voir créé par les gouvernements hôtes, les gouvernements donateurs et les organisations intergouvernementales, afin de faciliter une organisation efficace de l'assistance humanitaire.

Définitions

ONG: On entend ici par ONG (organisation non gouvernementale) des organisations - nationales ou internationales - qui sont indépendantes du gouvernement du pays où elles ont été fondées.

IHNG: L'expression "institution humanitaire non gouvernementale" a été spécialement conçue pour désigner, aux fins du présent document, les composantes du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge - à savoir le Comité international de la Croix-Rouge, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et ses Sociétés nationales membres - et les ONG, telles que définies ci-dessus. Le présent code se réfère spécifiquement aux IHNG qui fournissent des secours en cas de catastrophe.

OIG: On entend ici par OIG (organisation intergouvernementale) des organisations constituées par plusieurs gouvernements. Ce terme comprend donc l'ensemble des institutions des Nations Unies, ainsi que des organisations régionales telles que l'Organisation de l'unité africaine, la Commission européenne ou l'Organisation des Etats américains.

Catastrophe: le terme "catastrophe" désigne une calamité qui provoque des morts, de graves souffrances humaines et une détresse aiguë, ainsi que des dégâts matériels de grande ampleur.

Code de conduite: Principes de comportement pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et pour les ONG dans l'exécution de programmes de secours en cas de catastrophe

1. L'impératif humanitaire, priorité absolue

Le droit de recevoir et d'offrir une assistance humanitaire est un principe humanitaire fondamental dont devraient bénéficier tous les citoyens de tous les pays. Membres de la communauté internationale, nous reconnaissons l'obligation qui nous incombe d'apporter une assistance humanitaire partout où le besoin s'en fait sentir. Il en découle que l'accès sans restriction aux populations sinistrées revêt une importance fondamentale pour l'exercice de cette responsabilité. La raison primordiale de nos interventions en cas de catastrophe est de soulager les souffrances des victimes les moins aptes à en supporter les conséquences. En fournissant une aide humanitaire, nous accomplissons un acte qui n'est ni partisan, ni politique, et qui ne doit en aucun cas être considéré comme tel.

2. L'aide est apportée sans aucune considération de race, de croyance ou de nationalité du bénéficiaire, et sans discrimination d'aucune sorte. Les priorités en matière d'assistance sont déterminées en fonction des seuls besoins

Nous nous engageons, dans toute la mesure du possible, à fonder l'apport des secours sur une évaluation approfondie des besoins des sinistrés et des capacités locales existantes pour y pourvoir. Nous tiendrons compte, dans chaque composante de nos programmes, du principe de la proportionnalité. Les souffrances humaines doivent être soulagées où qu'elles se manifestent; la vie est également précieuse en tout lieu. Nous apporterons donc nos secours en fonction de l'ampleur des souffrances qu'ils visent à soulager. Nous sommes pleinement conscients, en appliquant ce principe, du rôle crucial qu'assument les femmes dans les communautés exposées aux catastrophes, et nous

veillerons à ce que nos programmes d'aide, loin d'affaiblir ce rôle, le renforcent. La mise en oeuvre d'une telle politique, universelle, impartiale et indépendante, requiert la possibilité, pour nous-mêmes et pour nos partenaires, d'avoir accès aux ressources nécessaires pour apporter de tels secours de façon équitable, ainsi que la possibilité d'accéder à toutes les victimes des catastrophes, sans distinction.

3. L'aide ne saurait être utilisée au service de convictions politiques ou religieuses, quelles qu'elles soient

L'aide humanitaire est fournie en fonction des besoins des particuliers, des familles et des communautés. Si toute IHNG peut légitimement professer des convictions politiques ou religieuses, nous déclarons qu'en aucun cas l'assistance ne saurait dépendre de l'adhésion des bénéficiaires à ces opinions. En aucun cas nous ne lierons la promesse, la fourniture ou la distribution de l'assistance à l'adhésion à des convictions politiques ou religieuses déterminées ou à leur acceptation.

4. Nous nous efforcerons de ne pas servir d'instrument à la politique étrangère des gouvernements

Les IHNG sont des institutions qui agissent indépendamment des gouvernements. Nous définissons donc nos propres lignes de conduite et nos stratégies d'application, et nous nous abstenons d'appliquer la politique de quelque gouvernement que ce soit, sauf dans la mesure où elle coïncide avec notre propre politique, formulée en toute indépendance. Ni sciemment, ni par négligence, nous ne permettrons que nos institutions, ou le personnel que nous employons, soient utilisés pour réunir, à l'intention de gouvernements ou d'autres instances, des informations délicates de portée politique, militaire ou économique qui pourraient être utilisées à des fins autres que strictement humanitaires; de même, nous ne servirons pas d'instrument à la politique étrangère des gouvernements donateurs. Nous utiliserons l'assistance qui nous sera remise pour répondre aux besoins; cette assistance ne saurait être guidée par la nécessité pour les donateurs de se débarrasser de leurs excédents, ni par les intérêts politiques de tel ou

tel donateur. Nous apprécions et encourageons les dons volontaires en services et en espèces offerts par des particuliers soucieux d'appuyer nos activités, et nous reconnaissons l'indépendance d'une action fondée sur cette motivation. Afin de sauvegarder notre indépendance, nous tenterons de ne pas dépendre d'une seule source de financement.

5. Nous respecterons les cultures et les coutumes

Nous nous appliquerons à respecter la culture, les structures et les coutumes des communautés et des pays dans lesquels nous menons nos activités.

6. Nous chercherons à fonder nos interventions sur les capacités locales

Même sous le coup d'une catastrophe, toutes les populations et les communautés recèlent des capacités, alors même qu'elles apparaissent vulnérables. Nous prenons l'engagement de renforcer ces capacités chaque fois que cela sera possible, en recrutant du personnel local, en achetant des matériaux disponibles sur place et en traitant avec des entreprises locales. Nous collaborerons dans toute la mesure du possible avec les IHNG locales pour associer nos efforts en matière de planification et de mise en oeuvre de nos opérations, et nous coopérerons avec les pouvoirs locaux si nécessaire.

La bonne coordination de nos interventions en cas de catastrophe sera pour nous une tâche prioritaire. Pour être efficace, cette coordination doit être assurée sur place par les personnes les plus directement engagées dans les opérations de secours; il convient d'y associer des représentants des organes compétents des Nations Unies.

7. Nous nous emploierons à trouver des moyens d'associer les bénéficiaires des programmes à la gestion des secours

L'assistance en cas de catastrophe ne doit jamais être imposée aux bénéficiaires. Pour garantir l'efficacité des secours et une reconstruction durable, les bénéficiaires potentiels doivent être associés

à la conception, à la gestion et à l'exécution du programme d'assistance. Nous chercherons à assurer la pleine participation de la communauté à nos programmes de secours et de reconstruction.

8. Les secours doivent autant viser à limiter les vulnérabilités futures qu'à satisfaire les besoins essentiels

Toutes les opérations de secours exercent un effet - positif ou négatif - sur les perspectives de développement à long terme. Nous chercherons donc à mettre en oeuvre des programmes de secours qui limitent la vulnérabilité des bénéficiaires à l'égard de catastrophes futures et qui les aident à subvenir à leurs besoins. Nous accorderons une attention particulière aux préoccupations relatives à l'environnement dans la conception et la gestion des programmes de secours. En outre, nous ferons tout pour réduire au minimum les effets négatifs de l'assistance humanitaire, en cherchant à prévenir la dépendance durable des bénéficiaires à l'égard de l'aide extérieure.

9. Nous nous considérons responsables, tant à l'égard des bénéficiaires potentiels de nos activités que vis-à-vis de nos donateurs

Nous faisons souvent fonction d'intermédiaire entre ceux qui souhaitent offrir une assistance et les victimes de catastrophes qui ont besoin d'aide. Nous nous considérons par conséquent investis d'une responsabilité envers ces deux groupes. Tous nos rapports avec les donateurs et les bénéficiaires seront marqués par une attitude de franchise et de transparence. Nous reconnaissons pleinement la nécessité de rendre compte de nos activités, tant sur le plan financier que sur celui de l'efficacité. Nous reconnaissons l'obligation de contrôler strictement les distributions de secours et d'en évaluer régulièrement les effets. Nous chercherons en outre à rendre compte ouvertement de l'impact de nos activités et des facteurs qui limitent ou qui favorisent cet impact. Nos programmes s'appuieront sur des critères très sévères de professionnalisme et de savoir-faire afin de réduire au minimum le gaspillage de ressources précieuses.

10. Dans nos activités d'information, de promotion et de publicité, nous présenterons les victimes de catastrophes comme des êtres humains dignes de respect, et non comme des objets de commisération

Les victimes d'une catastrophe méritent en tout temps le respect et doivent être considérées dans nos activités comme des partenaires à traiter sur un pied d'égalité. Dans nos campagnes d'information du public, nous donnerons une image objective de la catastrophe en mettant en valeur, non seulement les vulnérabilités et les craintes des victimes, mais encore leurs capacités et leurs aspirations. Tout en coopérant avec les médias afin de sensibiliser au mieux le public, nous ne permettrons pas que des demandes externes ou internes de publicité prennent le pas sur l'objectif de développer au maximum les secours. Nous éviterons toute compétition avec d'autres organisations de secours pour gagner l'attention des médias au cas où cette publicité risquerait de porter atteinte aux services fournis aux bénéficiaires, à la sécurité de notre personnel ou à celle des bénéficiaires.

Le cadre de travail

Ayant pris l'engagement unilatéral de nous efforcer de respecter le Code énoncé ci-dessus, nous présentons ci-après à titre indicatif quelques principes directeurs qui décrivent le cadre que nous souhaitons voir créé par les gouvernements donateurs, les gouvernements hôtes et les organisations intergouvernementales - au premier rang desquelles les institutions des Nations Unies - afin de faciliter une participation efficace des IHNG aux interventions en cas de catastrophe.

Ces principes directeurs sont donnés à titre d'orientation. Ils ne sont pas juridiquement contraignants, et nous n'attendons pas des gouvernements ou des OIG qu'ils manifestent leur acceptation de ces principes en signant un document quelconque, encore qu'il pourrait s'agir là d'un objectif d'avenir. Ils sont présentés dans un esprit d'ouverture et de coopération, pour communiquer à nos partenaires notre vision idéale de la relation que nous souhaitons établir avec eux.

Annexe I: Recommandations aux gouvernements des pays sinistrés

1. Les gouvernements devraient reconnaître et respecter l'action indépendante, humanitaire et impartiale des IHNG

Les IHNG sont des organismes indépendants et apolitiques. Les gouvernements hôtes devraient respecter cette indépendance et cette impartialité.

2. Les gouvernements hôtes devraient faciliter l'accès rapide des IHNG aux victimes des catastrophes

Pour agir dans le plein respect de leurs principes humanitaires, les IHNG doivent bénéficier d'un accès prompt et impartial aux victimes des catastrophes, afin d'apporter une assistance humanitaire. Il incombe au gouvernement concerné, dans l'exercice de sa responsabilité des affaires de l'Etat, de ne pas faire obstacle à cette assistance, et d'accepter l'action impartiale et apolitique des IHNG. Les gouvernements hôtes devraient faciliter l'entrée rapide sur leur territoire du personnel chargé des secours, en particulier en levant les exigences de visa de transit, d'entrée et de sortie, ou en faisant en sorte que ces visas soient accordés rapidement. Les gouvernements devraient accorder aux aéronefs transportant du personnel et des secours internationaux l'autorisation de survoler leur territoire et d'y atterrir pendant toute la durée de la phase d'urgence.

3. En cas de catastrophe, les gouvernements devraient faciliter le prompt acheminement des secours et la transmission rapide des informations

Les secours et le matériel d'urgence ne sont acheminés dans un pays que pour y soulager des souffrances humaines, et non dans un but commercial ou lucratif. Les marchandises de ce type devraient en principe pouvoir circuler librement et sans restriction, sans qu'il soit

nécessaire de produire des certificats d'origine consulaires ou des factures, des licences d'importation ou d'exportation, et sans être soumises à d'autres restrictions ou à des taxes à l'importation, des redevances d'atterrissage ou des taxes portuaires.

Les gouvernements des pays hôtes devraient faciliter l'importation temporaire du matériel de secours nécessaire, y compris véhicules, aéronefs légers et instruments de télécommunications, en levant provisoirement les restrictions en matière de licence ou d'enregistrement. De même, les gouvernements ne devraient pas entraver la réexportation de ce matériel au terme d'une opération de secours.

Afin de faciliter les communications en cas de catastrophe, les gouvernements des pays hôtes devraient assigner certaines fréquences radio que les organisations de secours pourraient utiliser sur le territoire national et pour des communications internationales, et faire connaître ces fréquences à l'ensemble des organismes de secours sans attendre que survienne une catastrophe. Ils devraient autoriser le personnel chargé des secours à utiliser tous les moyens de communication requis pour ses opérations.

4. Les gouvernements devraient chercher à fournir un service coordonné d'information et de planification en cas de catastrophe

C'est au gouvernement du pays hôte qu'incombe en dernier ressort la responsabilité de la planification et de la coordination générales des opérations de secours. Ces tâches seront grandement facilitées si les IHNG sont informées sur les besoins de secours, sur les procédures mises en place par le gouvernement en matière de planification et de mise en oeuvre des programmes de secours, et sur les risques éventuels menaçant leur sécurité. Les gouvernements sont instamment priés de fournir ce type d'informations aux IHNG.

Pour faciliter l'efficacité de la coordination et des activités de secours, les gouvernements des pays hôtes sont conviés à désigner, sans attendre qu'une catastrophe ne frappe, une instance unique chargée d'assurer la liaison entre les IHNG venant apporter leur concours et les autorités nationales.

Annexe II: Recommandations aux gouvernements donateurs

1. Les gouvernements donateurs devraient reconnaître et respecter l'action indépendante, humanitaire et impartiale des IHNG

Les IHNG sont des organismes indépendants et apolitiques, dont l'indépendance et l'impartialité devraient être reconnues par les gouvernements donateurs. Ces gouvernements devraient s'abstenir d'utiliser les IHNG au service d'un objectif politique ou idéologique, quel qu'il soit.

2. Les gouvernements donateurs devraient, lorsqu'ils fournissent des fonds, garantir l'indépendance des opérations

Les IHNG acceptent l'assistance financière et matérielle des gouvernements donateurs dans le même esprit d'humanité et d'indépendance qui régit la distribution des secours aux victimes des catastrophes. La mise en oeuvre des opérations de secours relève en dernier ressort de la responsabilité de l'IHNG concernée, et sera effectuée selon ses propres principes.

3. Les gouvernements donateurs devraient utiliser leurs bons offices pour aider les IHNG à obtenir l'accès aux victimes des catastrophes

Les gouvernements donateurs devraient reconnaître qu'ils assument une part de responsabilité à l'égard de la sécurité du personnel des IHNG et de sa liberté d'accès aux sites de catastrophes. Ils devraient être disposés en cas de nécessité à intervenir à cette fin, sur le plan diplomatique, auprès des gouvernements des pays sinistrés.

Annexe III: Recommandations aux organisations internationales

1. Les OIG devraient reconnaître les IHNG, locales et étrangères, comme des partenaires précieux

Les IHNG sont disposées à coopérer avec les Nations Unies et avec d'autres institutions intergouvernementales pour faire en sorte que les interventions en cas de catastrophe soient aussi efficaces que possible, cela dans un esprit de coopération respectueux de l'intégrité et de l'indépendance de tous les partenaires. Les institutions intergouvernementales doivent pour leur part respecter l'indépendance et l'impartialité des IHNG. Celles-ci devraient être consultées par les institutions des Nations Unies lors de la préparation des plans de secours.

2. Les OIG devraient aider les gouvernements des pays sinistrés à établir un cadre général pour la coordination des secours internationaux et locaux en cas de catastrophe

Les IHNG ne sont généralement pas habilitées à établir le cadre général de coordination face aux catastrophes qui exigent une intervention internationale. Cette responsabilité incombe au gouvernement du pays hôte et aux autorités compétentes au sein des Nations Unies, qui sont instamment priés de fournir ce service de manière opportune et efficace, dans l'intérêt de l'Etat sinistré et de l'ensemble des acteurs nationaux et internationaux intervenant à la suite d'une catastrophe. En tout état de cause, les IHNG devraient faire tout ce qui est en leur pouvoir pour assurer une coordination efficace de leurs propres services.

En cas de conflit armé, les opérations de secours sont régies par les dispositions applicables du droit international humanitaire.

3. Les OIG devraient étendre aux IHNG la protection assurée aux institutions des Nations Unies

Lorsque les organisations intergouvernementales bénéficient de mesures de protection pour leur sécurité, ces mesures devraient être étendues aux IHNG avec lesquelles elles collaborent sur le terrain, lorsque ces dernières en font la demande.

4. Les OIG devraient accorder aux IHNG les mêmes possibilités d'accès aux informations pertinentes que celles dont jouissent les institutions des Nations Unies

Les OIG sont instamment priées de partager avec les IHNG associées à leurs opérations toutes les informations propres à permettre une intervention efficace en cas de catastrophe.

3. Remerciements

L'équipe du Projet Sphère

Chef de projet: Nan Buzard

Responsable de la formation: Sean Lowrie

Chargée de projet: Verónica Foubert

Assistante de projet: Elly Proudlock

Comité de gestion du projet

InterAction ◇ Save the Children Alliance ◇ CARE International ◇ Fédération luthérienne mondiale (FLM/ACT) ◇ Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies (VOICE) ◇ Mercy Corps ◇ Action by Churches Together (ACT) ◇ Oxfam GB ◇ Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR - Comité directeur pour l'action humanitaire) ◇ Comité international de la Croix-Rouge (CICR) ◇ Conseil International des Agences Bénévoles (ICVA) ◇ Caritas Internationalis

Bailleurs de fonds

Outre les contributions apportées par les organisations membres indiquées ci-dessus, le projet Sphere a été financé par les organismes suivants:

Australian Agency for International Development (AusAID - Agence d'Australie pour le développement international) ◇ Ministère belge du développement ◇ Agence canadienne de développement international (L'ACDI) ◇ Danish International Development Assistance (DANIDA – Assistance danoise pour le développement international) ◇ Disaster Emergency Committee (DEC) ◇ Agence finlandaise pour le développement (FINNIDA) ◇ l'Office d'Aide humanitaire de la Commission européenne (ECHO) ◇ The Ford Foundation ◇ Development Cooperation Ireland (DCI – Coopération irlandaise au développement) ◇ Division pour l'aide humanitaire du ministère des

Affaires étrangères des Pays-Bas ◇ Swedish International Development Cooperation Agency, (Sida - Agence suédoise de coopération pour le développement international) ◇ Direction du développement et de la coopération (DDC, Suisse) ◇ Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ◇ United Kingdom Department for International Development (DFID - Département du Royaume-Uni pour

le développement international) ◇ The United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-PRM - Bureau de la population, des réfugiés et de la migration du département d'Etat américain) ◇ United States Agency for International Development Office of Foreign Disaster Assistance (US-OFDA - Bureau de l'assistance à l'étranger en cas de catastrophe de l'Agence des Etats-Unis

Spécialistes techniques des chapitres

Approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène: Andy Bastable, Oxfam GB

Sécurité alimentaire: Helen Young, Tufts University

Nutrition: Anna Taylor, Save the Children UK

Aide alimentaire: John Solomon, CARE Etats-Unis et NM Prusty, CARE Inde

Abris, établissements humains et articles non alimentaires: Graham Saunders, Catholic Relief Services

Services de santé: Richard J Brennan, International Rescue Committee

Normes communes à tous les secteurs: Hormis les spécialistes techniques de chaque chapitre et les coordinateurs des questions transversales, les personnes suivantes ont contribué à ce chapitre: Jock Baker, Nan Buzard, Jim Good, Maurice Henderson, Susanne Jaspars, Charles Kelly, Ron Ockwell, Sylvie Robert

Coordinateurs de questions transversales

Les enfants: Jane Gibreel, Save the Children UK

Les personnes âgées: Nadia Saim, HelpAge International

Les personnes handicapées: Beverly Ashton, Action on Disability and Development

Le “genre”: Rosemarie McNairn, Oxfam GB

La protection: Ed Schenkenberg, ICVA

Le VIH/SIDA: Paul Spiegel, HCR/CDC

L’environnement: Mario Pareja, CARE/HCR

Animatrice des réunions sur la révision du manuel: Isobel McConnan

Editeur: David Wilson

Merci !

Les normes et indicateurs de Sphère se fondent sur l’expérience collective et les bonnes pratiques d’individus et d’organisations actifs dans de nombreux domaines différents du travail humanitaire. Comme pour la première édition du manuel, cette version révisée aurait été impossible à entreprendre sans la collaboration de nombreuses personnes des quatre coins du monde. En tout, ce sont des milliers d’individus, répartis dans 80 pays et représentant plus de 400 organisations, qui ont pris part au processus et lui ont consacré une quantité significative de temps et de connaissances spécialisées.

Tout au long du développement du manuel, on a mis l’accent sur la consultation, avec la participation de réseaux de groupes de pairs à tous les stades du processus. En particulier, des membres du personnel humanitaire travaillant dans des pays où des catastrophes surviennent

fréquemment, et qui utilisent le manuel sur le terrain, ont présenté des réactions et commentaires détaillés. Le résultat ne représente pas le point de vue d'une quelconque organisation. Il représente plutôt la volonté active et délibérée de la communauté humanitaire de s'unir pour échanger une grande quantité d'expérience et d'enseignements, en vue d'améliorer la qualité et la reddition de comptes de l'action humanitaire. Merci à tous ceux qui ont contribué à faire de cette intention une réalité.

Sphère tient à exprimer sa reconnaissance pour la contribution de tous ceux qui ont participé, tant au manuel original qu'à la présente révision, mais il nous faudrait plus de 40 pages pour énumérer tous les noms et nous ne disposons pas de la place nécessaire pour le faire. Cependant, une liste complète de toutes les organisations et personnes qui ont apporté leur contribution figure sur le site internet de Sphère: <http://www.sphereproject.org>

4 Sigles

ACT:

Action by Churches Together (Action commune des Eglises)

ALNAP:

Active Learning Network for Accountability in Practice
(Réseau didactique actif aux fins de responsabilisation effective)

BCAH:

Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA)

CAD:

Comité d'aide au développement / OCDE

CDAH:

Comité de direction pour l'action humanitaire

CDC:

Centers for Disease Control and Prevention
(Centres pour le contrôle et la prévention de la maladie)

CICR:

Comité international de la Croix-Rouge

DMU:

Dispositif minimum d'urgence

FAO:

Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et
l'agriculture

FLM:

Fédération luthérienne mondiale

HCR:

Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés

IAPSO:

Bureau des services d'achats interorganisations / PNUD

INFCD:

International Nutrition Foundation for Developing Countries
(Fondation internationale pour la nutrition dans les pays en développement)

MSF:

Médecins Sans Frontières

NCHS:

Centre national de statistiques sur la santé, Etats-Unis

OCDE:

Organisation de coopération et de développement économiques

OFDA:

Bureau de l'assistance aux pays étrangers en cas de catastrophe,
(USAID)

OMM:

Organisation météorologique mondiale

OMS:

Organisation mondiale de la santé

ONG:

Organisation non gouvernementale

PAM :

Programme alimentaire mondial

PNUD:

Programme des Nations Unies pour le développement

PNUE:

Programme des Nations Unies pour l'environnement

PTSS:

Programme and Technical Support Section (UNHCR),
(Section des programmes et du soutien technique, (HCR))

SCN:

Comité permanent sur la nutrition des Nations Unies

UNDRO:

Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours
en cas de catastrophe

UNICEF:

Fond des Nations Unies pour l'enfance

USAID:

Agence des Etats-Unis pour le développement international

WCRWC:

Women's Commission for Refugee Women and Children
(Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés)



Index

Index

- abattoirs 100
- abris
 - accueil au sein des communautés 252
 - amélioration 268
 - approvisionnement en eau 263
 - chaleur 263
 - et climat 260, 264–265
 - collectifs 253, 256
 - conception 262–266
 - liste de contrôle 283
 - conditions du sol 258
 - construction 264, 266–268
 - gestion 268
 - main-d'oeuvre 267
 - normes 268
 - participation 267
 - prévention des catastrophes 268
 - dangers naturels 253
 - drainage 256, 258, 263, 271
 - droit international 245–246, 288
 - droits de propriété 254
 - durée 260–261
 - entretien 268
 - espaces couverts 259–262
 - espaces culturels 347
 - évaluations structurelles 253
 - groupes vulnérables 249
 - impact sur l'environnement 269–271
 - importance 246–248
 - infrastructures 254
 - initiatives locales 263
 - installations sanitaires 256, 263
 - intimité 261
 - liste de contrôle 281–285
 - lutte antivectorielle 259, 263, 265–266
 - matériaux 264, 266, 269
 - fournisseurs 267
 - impact sur l'environnement 270
 - liste de contrôle 283
 - normes communes 248–249
 - normes minimales 244, 250–271
 - participation des femmes 247
 - personnes déplacées 347
 - planification physique 255–259
 - planification stratégique 250–255
 - pratiques locales 261, 265
 - références 289–291
 - réhabilitation 271
 - réparation des bâtiments endommagés 263
 - retour 252
 - sécurité 261
 - services et installations 254, 257
 - liste de contrôle 284
 - services administratifs 257
 - sorties de secours 259
 - superficie 258, 259
 - toitures 261
 - topographie 258
 - ventilation 263, 265
 - voies d'accès 91, 258–259
- accès équitable
 - aide alimentaire 194, 202
 - approvisionnement en eau 77
 - code de conduite 375–376
 - droits égaux 13
 - enfants 11
 - importance 31
 - promotion de l'hygiène 70, 71–72
 - services de santé 309
- agents biologiques 325
- aide alimentaire
 - chaînes d'approvisionnement 193, 197–201
 - analyse du système de contrôle 200
 - audits 230
 - et conflits armés 200
 - liste de contrôle 229–230
- changement de programmes 204
- combattants 186
- distributions 201–204
 - ciblage 202
 - distributions générales 185
 - équité 194, 202
 - évaluation 204
 - inscriptions 202
 - méthodes 202
 - points de distributions 203

- sécurité 203
- suivi 204
- échantillons 192
- emballage 192
- entrepôts 193, 199
- étiquetage 192
- formation du personnel 195, 199
- gestion 193–201
 - accès aux moulins 196
 - articles ménagers 196
 - combustibles 196
 - denrées impropres à la consommation 200
 - documentation 199
 - formation du personnel 195
 - fournisseurs locaux ou importation 198
 - groupes vulnérables 196
 - service locaux 198
 - sources d'information 196
- hygiène alimentaire 195
- impartialité 199
- importance 128–129
- importation des denrées 186
- informations 201, 203–204
- manutention de la nourriture 194–196
- menace des conflits armés 200
- normes minimales 126, 184, 185–204
- personnes déplacées 186
- plaintes 193
- planification 187–193
 - acceptabilité 190
 - besoins nutritionnels 188, 226–228
 - choix des denrées 187, 189
 - combustibles 190
 - considérations culturelles 191
 - contexte économique 188
 - lait 191
 - opportunité 189
 - qualité de la nourriture 191–193
 - rations 187–188
 - traitement des grains 190–191
- programmes d'alimentation
 - complémentaires 187
 - rapports 199
 - rations sèches 185
 - références 237–238
- alimentation
 - aliments transgéniques 275
 - complimentaire ciblée 175
 - et droit international 127
 - enfants en bas âge 169–170
 - références 236
 - femmes enceintes et allaitantes 170
 - groupes vulnérables 130
 - importance 128–129
 - lutte antivectorielle 91
 - normes communes 130
 - nourissons 167–169
 - nutrition. *Voir* nutrition
 - personnes âgées 170–171
 - personnes handicapées 171–172
 - PVVS 171
 - sécurité. *Voir* sécurité alimentaire
 - sur sites 176–177
 - thérapeutique, références 236
 - ustensiles de cuisine 275–276
- allaitement au sein 168, 170, 181
- antibiotiques 342
- approvisionnement en eau
 - abris 263
 - accès équitable 77
 - aide alimentaire 196
 - besoins 74
 - canalisations 80
 - collectes 82
 - contamination post-arrivée 78, 79
 - désinfection 80
 - droit international 65
 - emmagasiner 82
 - enquêtes sanitaires 78–79
 - évaluations initiales, liste de contrôle 106
 - importance 66–67
 - installations communes 82
 - installations et matériel 81–82
 - mesures 75
 - normes communes 68
 - normes minimales 64, 73–82
 - objectifs 66, 69
 - participation 68
 - participation des femmes 67
 - points d'eau
 - consultation 347
 - distances maximales 73
 - drainage 103, 104
 - entretien 74
 - temps passé à remplir 74, 76
 - temps passé aux queues 73, 76

- pratiques locales 265
- qualité 75, 78–81
- références 116
- quantités 73, 74, 75
- lignes directrices 110
- références 113–114, 116
- sources d'eau
 - lutte antivectorielle 93
 - nombres de personnes par source 76
 - promotion des sources protégées 79
 - sélection 75
 - traitements 78, 80
 - ustensiles 276
- armes biologiques 325
- articles non-alimentaires. *Voir aussi*
 - combustibles; literie; vêtements
 - droit international 245–246
 - groupes vulnérables 249
 - importance 246–248
 - normes minimales 244, 272–280
- assainissement
 - camps temporaires 256
 - définition 66
 - droit international 65
 - évaluations initiales, liste de contrôle 105–109
 - importance 66–67
 - normes communes 68
 - normes minimales 64
 - objectifs 66, 69
 - pratiques locales 265
 - références 115
- assistance technique
 - outils 280
 - sécurité alimentaire 214
- audits, chaînes d'approvisionnement 230
- autorités locales, coordination avec 67, 248
- avortements 345
- bactéries coliformes fécales 78, 79
- bébés
 - alimentation 168, 169, 276
 - couches 274
 - lutte antivectorielle 91
 - malnutrition 167, 181
- béribéri 164, 166
- bétail 110, 150, 213, 214
- bibliographies. *Voir* références
- blessures
 - interventions chirurgicales 342–343
 - normes minimales 340–343
 - plans d'urgence 341
 - protocoles 340
 - références 363
 - services de traumatisme 341, 342–343
 - soins de base 342
 - soins d'urgence 342
 - triage 340, 341–342
- bons alimentaires 214
- bons monétaires 214
- bougies 277
- bûchers funéraires 257
- bureaux, toilettes 111
- cadavres 257, 318, 321, 348
- cafards 92
- calendriers 7
- camps. *Voir aussi* abris
 - et contrôle du paludisme 94
 - temporaires 253, 256, 269
- capacités locales 10, 32, 33, 133, 135
- Caritas Internationalis 338
- catastrophes
 - définition 374
 - technologiques 7
- centres d'accueil, toilettes 111
- centres d'alimentation thérapeutique 110
- centres d'alimentation, toilettes 111
- centres de santé
 - qualité de l'eau 80–81
 - quantités d'eau 110
 - toilettes, nombres 111
- césariennes 345
- Charte humanitaire
 - auteurs 5
 - combattants et non-combattants 19–20
 - droit de vivre dans la dignité 19
 - nature 5–6
 - non-refoulement 20
 - principes 18–20
 - rôles et responsabilités 20–21, 34
- chasse 213
- choléra 45, 110, 112, 333, 334, 335
- ciblage
 - aide alimentaire 202
 - auto-ciblage 42
 - but 41

- communautaire 42
- critères 42
- erreurs d'exclusion et inclusion 43
- mécanismes 30, 41–42
- norme commune 41–43
- promotion de l'hygiène 72
- références 52
- cimetières 256, 257
- clans 42
- climat, et abris 260, 264–265
- clonorchias 112
- Code de conduite 5, 29, 373–381
- Codex Alimentarius 169, 192
- coercion sexuelle 42
- combattants
 - et aide alimentaire 186
 - conscription forcée 47
 - et non-combattants 19–20
 - obligations 21
- combustibles 190, 196, 247, 277, 278, 286
- Comité International de la Croix-Rouge 21
- communications 33, 381
- compétences locales 10, 32, 33, 133, 135
- complémentarité 7
- confidentialité 14, 36, 320, 323
- conflits armés, et aide alimentaire 200
- conscription forcée 47
- construction des abris
 - amélioration 268
 - conception 264
 - drainage 256, 258, 263, 271
 - érosion 270–271
 - gestion 268
 - main-d'oeuvre 267
 - matériaux 266
 - fournisseurs 267
 - impact sur l'environnement 269, 270
 - normes 266–268
 - prévention des catastrophes 268
- consultation
 - approvisionnement en eau 82, 347
 - emplacement et conception des toilettes 86
 - évaluations initiales 37
 - femmes 45
 - groupes minoritaires 45
 - systèmes de suivi 44
- Convention relative aux droits de l'enfant 12
- Conventions de Genève 19
- coordination des interventions 39, 40
- corruption 43
- crematoriums 257
- crues subites 306
- cultures, respect pour 377
- dangers naturels 253
- dépouilles mortelles 257, 318, 321, 348
- détournements, production alimentaire 155
- développement à long terme 378
- diarrhées 66, 79, 95, 112
- dignité 19, 42, 379
- discrimination. Voir accès équitable
- dispensaires mobiles 316
- données
 - confidentielles 36, 323–324
 - sécurité alimentaire 133
 - services de santé 321–324
 - ventilation 37–38, 323
- drainage
 - abris 256, 258, 263, 271
 - eaux usées 103
 - élimination des excréments 104
 - évacuation sur le site 104
 - installations 102–104
 - liste de contrôle 109
 - lutte antivectorielle 94, 95
 - normes minimales 64, 102–104
 - promotion 104
 - références 117
 - sélection des sites 103
- drogues, trafic 47
- droit international 18, 20
 - et alimentation 127
 - articles non-alimentaires 245–246
 - assainissement 65
 - droit à l'eau 65
 - droit au logement 245–246
 - références 288
 - instruments 22
 - et normes minimales 29
 - nourriture 231
 - promotion de l'hygiène 65
 - références 23, 113, 288, 360, 371
 - santé 301
 - références 360
- droits humains
 - droit à la dignité 19

- droit à la santé 301
- droit à l'eau 65
- droit au logement 245–246
- droits des patients 320
- égalité 13
- enfants 11
- instruments internationaux 23
- références 288
- violations 47, 324
- dysenterie 112, 334
- eau. *Voir aussi* approvisionnement en eau
 - bactéries coliformes fécales 78, 79
 - centres de santé 80–81
 - cimetières 257
 - contamination 79
 - aide alimentaire 195
 - chimique et biologique 80
 - par lessivage 99
 - désinfection 80
 - droit à l'eau 65
 - références 113
 - évaluations initiales 80
 - goût 80
 - groupes responsables 66
 - maladies liées à l'eau 66
 - traitements 78, 80
- éclairage 277
- éclampsie 345
- écoles 110, 111, 256, 257, 347
- E.Coli 79, 333
- écologie, et production alimentaire 149
- éducation
 - maladies transmissibles 326, 329
 - matières de santé 316
 - utilisation des toilettes 84
 - VIH/sida 337
- égalité. *Voir* accès équitable
- emplois
 - création 213
 - production alimentaire 152–156
- énergie 245, 247
- enfants
 - alimentation 169–170, 236
 - lait 191
 - sécurité alimentaire 135
 - bébés. *Voir* bébés
 - définition 11
 - données, mortalité et morbidité 38
 - féces 85, 99
 - groupe vulnérable 9, 11
 - maladies transmissibles 330
 - malnutrition 42, 167, 181
 - indicateurs de carences 224, 225
 - mesures de malnutrition aiguë 219–221
 - mortalité et morbidité 38
 - références 54
 - soldats 347
 - soutien psychosocial 181
 - vêtements 274
 - zones de jeu 257
- engrais 212
- enquêtes sanitaires 78–79
- enterrements 348
- environnement
 - analyse 35
 - impact des abris 246, 269–271
 - durabilité et gestion des ressources 269–270
 - érosion 270–271
 - liste de contrôle 284–285
 - matériaux 270
 - réhabilitation 271
 - ressources naturelles 269
 - et lutte antivectorielle 93–96
 - et production alimentaire 146, 155
 - protection 14–15
 - références 54
- érosion 270–271
- établissements humains. *Voir* abris
- étiquetage, aide alimentaire 192
- études anthropométriques 137, 138–139, 166, 222, 233–234
- évaluations des interventions
 - aide alimentaire 204
 - critères 46
 - norme commune 45–46
 - références 53
 - utilisation des informations 46
- évaluations initiales
 - assainissement, liste de contrôle 105–109
 - collectes des informations 36
 - consultation avec les populations 37
 - contextes sous-jacents 38
 - eau 80
 - équipes d'évaluation 36

- importance 30, 35
- listes de contrôle 35–36
- lutte antivectorielle 92
- norme commune 34–38
- nutrition 137–139
 - liste de contrôle 215–218
- promotion de l'hygiène 70–71
- références 51
- rétablissement 38
- sectorielles 37
- sécurité alimentaire 132–136
 - listes de contrôle 205–210
 - références 232
- services de santé 302
 - liste de contrôle 351–353
- sources d'information 36–37
- ventilation des données 37–38
- excréments
 - animaux 79
 - élimination 71. *Voir aussi* toilettes
 - drainage 104
 - latrines à fosse 87
 - liste de contrôle 107
 - lutte antivectorielle 94
 - normes minimales 64, 83–89
 - objectifs 84
 - puits perdus 87
 - références 116
 - féces des enfants 85, 99
 - maladies liées aux excréments 112
 - zones de défécations 84
- exploitation sexuelle 43, 203, 248, 345
- femmes
 - adolescentes, malnutrition 168
 - aide alimentaire 202
 - et alimentation 129
 - allaitantes 168, 170, 181
 - approvisionnement en eau 66, 67
 - enceintes
 - alimentation 170
 - lutte antivectorielle 91
 - malnutrition 168, 222–223
 - paludisme 336
 - suppléments 170
 - vêtements 273
 - groupe vulnérable 9, 11
 - hygiène personnelle 275
 - lavages 81
 - manque d'eau 68
 - menstruation 88, 275
 - participation 45
 - approvisionnement en eau 82
 - emplacement et conception des toilettes 86
 - programmes d'abris 247
 - services de santé 303–304
 - ustensiles de cuisine 276
 - risques de violence 66–67
 - utilisation des toilettes 87–88
 - sécurité alimentaire 135
 - serviettes hygiéniques 81, 86, 274, 275
- fièvre de Lassa 90
- fièvre dengue hémorragique 90, 95
- fièvre jaune 90, 95, 332, 335
- fièvre récurrente 90
- fièvres hémorragiques virales 335
- filariase 95, 112
- FNUAP 344
- fourneaux 277, 278, 286
- genre
 - égalité des droits 13
 - importance 30
 - norme commune 6, 11
 - participants aux systèmes de suivi 44
 - références 55, 115
 - toilettes 83
 - travailleurs humanitaires 49
- gestion des déchets solides
 - abris 256, 263
 - bien-être du personnel 101
 - déchets des marchés 100
 - déchets médicaux 99, 100
 - références 117
 - dépôts d'ordure contrôlés 101
 - enfouissement des déchets 99, 101
 - fosses à orure 98, 99
 - liste de contrôle 109
 - lutte antivectorielle 94
 - normes minimales 64, 98–101
 - ordures ménagères 98
 - pratiques locales 265
 - quantité de déchets 100
 - références 117
 - type de déchets 100
- glissements de terrains 251, 253
- goitre 167, 225

- gouvernements
 - donateurs 382
 - recommandations 380–382
- grains, traitement 190–191
- groupes minoritaires 10, 11, 45, 68
- groupes vulnérables
 - abris 249, 256
 - aide alimentaire 196
 - chauffage 278
 - consultation, installations d'eau 82
 - définition 9–11, 31, 131
 - hygiène personnelle 275
 - litière 274
 - manque d'eau 67, 68
 - nutrition 130, 167–172
 - références 235
 - promotion de l'hygiène 71
 - protection 31
 - représentation 32
 - services de santé 305
 - soins basés au sein des communautés 172
 - vêtements 273
- guerres civiles 20
- habitation. *Voir* abris
- handicaps, références 54
- Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés 21
- hépatites 112
- hôpitaux, toilettes 111
- hygiène
 - alimentaire 195
 - personnelle
 - besoins 247
 - besoins spéciaux 275
 - féminine 275
 - liste de contrôle 286
 - normes minimales 274–275
 - pratiques culturelles 274–275
 - promotion de l'hygiène
 - accès équitable 70, 71–72
 - ciblage 72
 - définition 69
 - droit international 65
 - évaluations initiales 70–71
 - gestion des installations 72
 - hygiène alimentaire 195
 - importance 66–67
 - nombres 72
 - normes communes 68
 - normes minimales 64, 69–71
 - partage des responsabilités 71, 72
 - participation 70
 - références 115
- IHNG, définition 374
- impartialité 13, 376
- impératif humanitaire 375
- incontinence 273
- indicateurs clés 6, 9
- information
 - aide alimentaire 201, 203–204
 - assainissement et hygiène 66
 - collectes des informations 36
 - coordination 381
 - droit à l'information 10, 348
 - interventions humanitaires 39, 40
 - OIG 384
 - et participation 32
 - sécurité alimentaire, références 233
 - services de santé 316
 - systèmes de suivi 44, 45
 - systèmes d'information sanitaires (SIS) 321–324
 - utilisation ultérieure 46
- infrastructures 214, 251, 254
- inondations 251, 253, 306
- insectes 91, 195, 259
- insecticide 92
- installations sanitaires 256, 263
- interventions
 - abris et établissements humains 246
 - articles non-alimentaires 246
 - atteindre normes minimales 39–41
 - capacités locales 377
 - coordination 39, 40
 - durabilité des programmes 33
 - facteurs 30
 - impacts sur les marchés alimentaires 158
 - information 32
 - norme commune 38–41
 - objectifs 302
 - partage des informations 40
 - priorités 38, 39–40
 - psychosociales 346
 - psychologiques 349
 - réponses aux besoins réels 39
 - sécurité alimentaire 212–214

- références 234
- services de santé 303
- signaler les lacunes 40
- sociales 346
- intimidation 43
- iode 164, 225, 226
- irrigation 110
- laboratoires 329, 330, 332
- lacs 94
- lacunes, signaler 40
- lait 191
- laparotomies 345
- larvicides 95
- latrines à fosse 87, 95
- lavoirs 81
- leptospirose 90, 93
- létalité, taux 334, 336, 358
- lieux religieux 347
- listes de contrôle 35–36
 - abris 281–285
 - approvisionnement en eau 106
 - chaînes d'approvisionnement 229–230
 - drainage 109
 - élimination des excréments 107
 - évaluations initiales
 - nutrition 215–218
 - sécurité alimentaire 205–210
 - services de santé 351–353
 - gestion des déchets solides 109
 - hygiène personnelle 286
 - lutte antivectorielle 108
 - outils 287
 - ustensiles de cuisine 286
 - vêtements et literie 285
- literie 91, 93, 244, 272–274, 285
- logement. Voir abris
- lutte antivectorielle
 - et abris 259, 263, 265–266
 - contrôle chimique 94–95
 - sécurité 96–97
 - définition des vecteurs 90
 - évaluations initiales 92
 - indicateurs 92
 - liste de contrôle 108
 - mesures de protection 92–93
 - normes minimales 64, 91–97
 - paludisme 92, 96, 336
 - protection de l'environnement 93–96
 - protection des personnes 91–93
 - protocoles 97
 - références 116
 - sélection des sites 94
- malades
 - lutte antivectorielle 91
 - nutrition 168, 176
 - vêtements 274
- maladies
 - à vecteur 90, 92
 - chroniques 349–350
 - références 365
 - diarrhéiques 90
 - hydriques 93
 - liées à l'eau 66, 112
 - liées aux carences en micronutriments 165
 - liées aux excréments 112
 - maladie du sommeil 112
 - oro-fécales 66
- maladies non-transmissibles
 - blessures. Voir blessures
 - causes 339
 - normes minimales 300, 339–350
 - références 363–366
 - sexuellement transmissibles 337
- maladies transmissibles
 - centres d'isolement 332
 - confirmation des flambées 335
 - contrôle des flambées 335–336
 - détection 334
 - diagnostic et gestion 329–331
 - enfants 330
 - laboratoires 329, 330, 332, 333
 - liées à l'eau 66
 - normes minimales 300, 325–338
 - préparation aux flambées 331–333
 - plans d'enquête 331, 332–333
 - stocks de réserve 333
 - tests rapides 333
 - prévention 326–327
 - références 362
 - rougeole 170, 303, 309, 327–329, 332, 335
 - systèmes d'alerte 334–335
 - taux de létalité 334, 336, 358
- malnutrition
 - cadre conceptuel 162

- carence en micronutriments 129
 - correction 182–183
 - endémiques 167
 - épidémiques 166
 - évaluations initiales 137, 139
 - indicateurs 224–225
 - iode 225
 - maladies 165, 224, 225
 - références 237
 - vitamine A 224
- causes-sous jacentes 138
- correction 173
- définition 129
- enfants 42, 167, 181, 219–221, 224, 225
- grave 173
 - correction 177–181
 - critères de renvoi 178
 - gains de poids 178, 180
 - indicateurs de sortie 179
 - mesures 219–223
 - nombre d'auxiliaires 178
 - personnel 181
 - protocoles 180–181
 - références 235
 - soins thérapeutiques 178
 - soutien de l'allaitement au sein 181
 - soutien psychosocial 181
 - taux d'abandon 180
 - taux de rétablissement 179–180
- groupes vulnérables 167–172
- modérée 173, 174–177
 - alimentation complémentaire ciblée 175
 - critères d'admission 176
 - indicateurs de sortie 175–176
 - suivi 177
- niveaux, interprétation 166
- marchés
 - approvisionnement 134
 - déchets 100
 - production alimentaire
 - accès aux marchés 156–159
 - analyse 157
 - articles essentiels 159
 - fluctuations saisonnières 159
 - impact des interventions 158
 - interventions 214
 - offre et demande 158
 - plaidoyer 157–158
- toilettes, nombres 111
- marécages 94
- médicaments
 - antibiotiques 342
 - antirétroviraux 338
 - gestion 321
 - listes 321
 - maladies chroniques 350
 - paludisme 330
 - psychiatriques 347
 - stocks 332
- méningite cérébro-spinale 332, 334, 335
- menstruation 88, 275
- micronutriments
 - accès 165
 - besoins nutritionnels 226–228
 - carences 129, 137, 139, 165
 - correction 174, 182–183
 - diagnostic 182
 - endémiques 167
 - épidémiques 166
 - indicateurs 224–225
 - iode 225
 - prévention 183
 - références 237
 - traitement 182
 - vitamine A 224
- mines terrestres 252
- minorités ethniques et religieuses 10, 11, 45, 68
- morbidity, surveillance 356
- mortalité
 - enfants 38
 - surveillance 354, 355
 - taux de mortalité 308, 309–311
 - formules de calcul 357–359
- mosquées, quantités d'eau 110
- mouches 86, 89, 90, 94, 95
- moulins 196
- moustiquaires 91, 92
- moustiques 86, 89, 90, 91, 94, 95
- mouture 190
- MUAC 222–223
- Nations Unies 312, 384
- non-combattants 19–20
- non-refoulement 20
- normes minimales
 - abris 244, 250–271

- aide alimentaire 126, 184, 185–204
- approvisionnement en eau 64, 73–82
- articles non-alimentaires 244, 272–280
- assainissement 64
- atteindre 39–41
- blessures 340–343
- communes 26, 28, 29, 68, 130, 248–249, 304
- développement 5–6
- drainage 64, 102–104
- et droit international 29
- élimination des excréments 64
- engagements 21
- gestion des déchets solides 64, 98–101
- hygiène personnelle 274–275
- et indicateurs clés 9
- littérature 244, 272–274
- lutte antivectorielle 64, 91–97
- maladies chroniques 349–350
- maladies non-transmissibles 300, 339–350
- maladies transmissibles 300, 325–338
- nutrition 126, 160, 161–183
- portée et limites 15
- promotion de l'hygiène 64, 69–71
- santé génésique 343–346
- santé mentale 346–349
- sécurité alimentaire 126, 140, 141–159
- services de santé 300, 307–324
- vêtements 244, 272–274
- nourrissons. *Voir* bébés
- nourriture
 - aliments transgéniques 193
 - denrées impropres à la consommation 200
 - droit international 231
 - emballage 192, 193
 - entrepôts 193, 199
 - manutention 194–196
 - production primaire 147–152
 - amélioration du choix 150
 - développement technologique 149
 - effets négatifs et imprévus 152
 - impact sur moyens de subsistance 151
 - interventions 212–213
 - niveau local 148, 151
 - semences 150
 - suivi de l'usage 151–152
 - viabilité 148–149
 - qualité 191–193
 - références 231
- nutrition. *Voir aussi* malnutrition
 - besoins nutritionnels 226–228
 - carences 137, 139, 182–183
 - décisions 138
 - études anthropométriques 137, 138–139, 166
 - évaluations initiales 137–139
 - groupes vulnérables 167–172, 235
 - importance 128–129
 - malnutrition grave 177–181, 219–223
 - malnutrition modérée 174–177
 - normes minimales 126, 160, 161–183
 - références
 - enfants en bas âge 236
 - études anthropométriques 233–234
 - groupes vulnérables 235
 - situations d'urgence 235
 - soins basés au sein des communautés 172
 - soutien général 163–167
- OIG
 - définition 374
 - recommandations 383–384
- ONG
 - code de conduite 373–381
 - définition 374
- ouragans 251, 253, 306, 339
- outils 212, 279–280, 287
- paludisme
 - confirmation des flambées 335
 - contrôle 94, 95
 - diagnostic 329
 - femmes enceintes 336
 - gestion 330
 - et lutte antivectorielle 90, 92, 96, 336
 - mécanismes de transmission 112
 - protection individuelle 92
 - traitement 94, 96
- participation
 - abris 249, 263
 - approvisionnement en eau 68
 - code de conduite 377
 - communications 33
 - compétences locales 32, 33
 - conception des abris 263
 - construction des abris 267

- durabilité 33
- importance 30
- information 32
- norme commune 32–33
- promotion de l'hygiène 70
- références 51
- représentation de tous les groupes 32
- services de santé 303–304
- transparence 33
- patients
 - confidentialité 323–324
 - consentement éclairé 320
 - droits 320
- pêche 213
- pellagre 164, 166
- persécution 252
- personnes âgées
 - alimentation 170–171
 - définition 12
 - groupe vulnérable 9, 11, 12
 - hygiène personnelle 275
 - lutte antivectorielle 91
 - malnutrition 168, 223
 - manque d'eau 67, 68
 - références 56
 - rôle 12
 - vêtements 273, 274
- personnes déplacées
 - abris 257, 347
 - aide alimentaire 186, 188
 - services de santé 303
- personnes handicapées
 - alimentation 171–172
 - hygiène personnelle 275
 - malnutrition aiguë 223
 - manque d'eau 67, 68
 - protection 12–13
 - références 54
 - vêtements 274
- peste 90
- plastiques 276
- politique 376
- polyomyélite 112
- poux 90, 91, 92, 93
- préservatifs masculins 337, 338
- prix alimentaires 214
- proportionalité 13
- protection 13–14, 57
- psychiatrie. *Voir* santé mentale
- puces 90
- puits 95
- puits perdus 87
- punaises 92
- PVVS. *Voir aussi* groupes vulnérables
 - alimentation 171, 176, 181
 - chauffage 278
 - discrimination 14
 - femmes 135
 - groupe vulnérable 10, 11, 14
 - hygiène personnelle 275
 - malnutrition 168
 - manque d'eau 67, 68
 - traitement 338
 - vêtements 273
- quarantaine 257
- rats 90, 93
- références
 - abris 289–291
 - aide alimentaire 237–238
 - alimentation thérapeutique 236
 - approvisionnement en eau 113–114, 116
 - assainissement 115
 - blessures 363
 - ciblage 52
 - drainage 117
 - droit à l'eau 113
 - droit au logement 288
 - droit international 251, 253, 306, 371
 - droits humains 23
 - élimination des excréments 116
 - enfants 54
 - environnement 54
 - évaluations des interventions 53
 - évaluations initiales 51
 - genre 55, 115
 - gestion des déchets solides 117
 - handicaps 54
 - lutte antivectorielle 116
 - maladies chroniques 365
 - maladies transmissibles 362
 - nourriture 231
 - nutrition
 - alimentation thérapeutique 236
 - carence en micronutriments 237
 - enfants en bas âge 236
 - études anthropométriques 233–234

- groupes vulnérables 235
- situations d'urgence 235
- participation 51
- personnes âgées 56
- promotion de l'hygiène 115
- protection 57
- santé 360–366
- santé génésique 363–364
- santé mentale 364
- sécurité alimentaire
 - évaluations initiales 232
 - interventions 234
 - systèmes d'information 233
- suivi 53
- travailleurs humanitaires 53
- VIH/sida 56
- réfugiés 20, 186, 303
- rémunération, production alimentaire 154–155, 156
- ressources, insuffisance 15
- ressources naturelles, et construction des abris 269
- restes humains 257, 318, 321, 348
- rétablissement, analyse 38
- revenus
 - fluctuations saisonnières 159
 - production alimentaire 152–156
 - programmes générateurs de revenus 213
 - rémunération 154–155, 156
- riboflavine 164, 166, 226
- rites funéraires 257
- rongeurs 91, 94
- rougeole
 - confirmation des flambées 335
 - prévention 327–329
 - stocks de vaccins 332
 - vaccinations 303, 309, 326, 327
- salmonellose 90, 112, 333
- santé. *Voir* services de santé
- santé génésique
 - besoins 339
 - DMU 343, 344
 - normes minimales 343–346
 - références 363–364
 - services complets 345–346
 - soins obstétricaux urgents 345
 - trousses d'accouchement 343–344
 - violence sexuelle 343, 344–345
- santé mentale
 - interventions psychologiques 349
 - normes minimales 346–349
 - problèmes 339
 - références 364, 365
 - soins psychiatriques urgents 349
 - soins psychologiques urgents 348
- savon 81, 82, 88, 101, 274
- schistosomiase 93, 112
- scorbut 164, 166
- sécurité
 - abris 261
 - distributions alimentaires 203
 - services de santé 351
 - travailleurs humanitaires 48, 49
- sécurité alimentaire
 - accès aux connaissances 146
 - accès aux marchés 156–159
 - assistance technique 214
 - capacités locales 133, 135
 - classement des priorités 143–144
 - couverture 146–147
 - définition 128
 - évaluations initiales 132–136
 - listes de contrôle 205–210
 - méthodologie 135
 - planification à long terme 136
 - références 232
 - sources d'information 136
 - facteurs 134
 - impact environnemental 146
 - importance 128–129
 - interventions 212–214
 - références 234
 - normes minimales 126, 140, 141–159
 - portée 141–142
 - production primaire 147–152
 - interventions 212–213
 - projets de microfinancement 214
 - promotion et soutien 144
 - revenus et emplois 152–156
 - détournements 155
 - environnements dangereux 155
 - interventions 213
 - sécurité générale 142–147
 - stratégies d'adaptation 134, 145
 - stratégies de sortie et transition 146
 - suivi 147
 - systèmes d'information, références 233

- semences 150, 212
- services de santé
 - accès équitable 309
 - antennes chirurgicales étrangères 313
 - autorités responsables 312
 - coordination 314–315
 - démographie 351
 - dispensaires mobiles 316
 - droit international 301
 - références 360
 - droits des patients 320
 - évaluations initiales 302
 - liste de contrôle 351–353
 - gestion des cadavres 321
 - groupes vulnérables 305
 - honoraires 309
 - impact des catastrophes 306
 - importance 302–304
 - information et éducation 316
 - interventions 303, 309
 - nombres de consultations 359
 - normes communes 304
 - normes et lignes nationales 313
 - normes minimales 300, 307–324
 - participation 303
 - priorités 308–311
 - références 360–366
 - sécurité 351
 - services cliniques 317–321
 - formation du personnel 320
 - listes de médicaments essentiels 320
 - nombre de personnel 318–319
 - personnel 318–319, 320
 - protocoles 320
 - taux d'utilisation 319
 - sites web 366
 - soins primaires 315–316
 - soutien aux services nationaux et locaux 311–314
 - stratégie 313
 - systèmes d'information sanitaires (SIS) 321–324
 - taux de morbidité 352
 - taux de mortalité 308, 309–311, 352
 - taux d'utilisation 358
 - travailleurs locaux 313
 - triage 340, 341–342
- serviettes hygiéniques 81, 86, 274, 275
- shigellose 112, 333, 334, 335
- sida. Voir PVVS; VIH/sida
- sorties de secours 259
- sources. Voir références
- souris 90
- suivi
 - accès aux micronutriments 165
 - aide alimentaire 204
 - alimentation complémentaires ciblées 177
 - chaînes d'approvisionnement 197
 - consultation 44
 - erreurs d'exclusion et inclusion 43
 - norme commune 43–45
 - partage des informations 45
 - participants 44–45
 - production alimentaire 151–152
 - références 53
 - sécurité alimentaire 147
 - systèmes 30, 44
 - utilisation des informations 44
- téniaïse 112
- tétanos 342
- tiques 90, 92
- toilettes
 - accès 83–85
 - anales 88, 110
 - communes 85
 - construction 86, 87
 - distances des sources d'eau 88
 - et drainage 103
 - emplacement et conception 86
 - entretien 71, 86, 88–89
 - genres 83
 - installations acceptables 87
 - installations sûres 87
 - latrines à fosse 87, 95
 - menstruation 88
 - mouches et moustiques 86, 89
 - nombres 83
 - pratiques locales 265
 - publiques 83–84
 - distances 84
 - nettoyage 84
 - nombres 111
 - quantités d'eau 110
 - quantités d'eau 110
 - utilisation 71, 83, 84, 87, 88
- toitures 261
- torture 324

- transparence 33, 266
- transport
 - et abris 251
 - et sécurité alimentaire 214
 - services de santé 340
- traumatismes 324, 340, 342–343
- travailleurs humanitaires
 - activités abusives 47
 - codes de conduite 49, 373–381
 - compétences et responsabilités 30, 46–47
 - diversité 50
 - équilibre des hommes et des femmes 49
 - exploitation sexuelle 47
 - formation
 - aide alimentaire 195, 199
 - interventions psychologiques 349
 - maladies transmissibles 332
 - services de santé 320
 - gestion et soutien 48–50
 - malnutrition grave 181
 - pouvoir 47, 48
 - références 53
 - renforcement des capacités 50
 - responsabilités 378
 - santé 48, 49
 - sécurité 48, 49
 - services de santé 318–319
 - nombres 318–319
 - supervision 320
 - travailleurs locaux 313
- tremblements de terre 251, 253, 306, 339
- tsunamis 306
- tuberculose 176, 180, 330, 331
- typhus 90, 112, 334

- ustensiles de cuisine 275–276, 286

- vaccinations
 - rougeole 170, 303, 309, 326, 327–329, 332
 - stocks de vaccins 332
- vecteurs. *Voir aussi* lutte antivectorielle
- ventilation 263, 265, 278
- vents violents 251, 253, 306, 339
- ver de Guinée 93, 112
- vêtements
 - chaleur 273
 - durabilité 273
 - groupes vulnérables 273
 - liste de contrôle 285
 - normes minimales 244, 272–274
 - pratiques culturelles 273
 - rechange 273
- VIH/sida. *Voir aussi* PVVS
 - et alimentation des nourrissons 169
 - contrôle 337–338, 343
 - références 56
- violence
 - et aide alimentaire 203
 - risques 47, 67, 87–88
 - sexuelle 337, 339, 343, 344–345
- viols 47
- vitamine A 224, 226
- voies d'accès 91, 258–259
- volcans 251, 253

- xérophtalmie 164, 167, 224

- zones de quarantaine 257

Le pack de formation du Proj

Ce nouveau pack comporte d'excellents matériaux de formation, développés et mis à l'épreuve sur le terrain par des formateurs de Sphère. Le pack englobe:

1 MATÉRIELS DE FORMATION

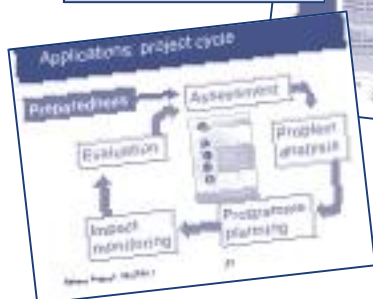
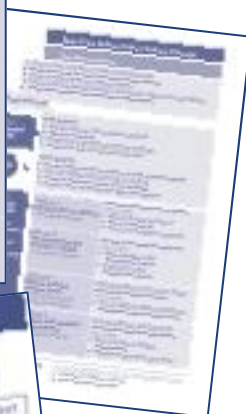
400 pages, A4, 8 1/4 x 11, reliure spirale métallique

Quatre modules de formation, comme suit:

- Sphère: introduction
- La Charte humanitaire
- Le cycle du projet
- Sphère dans les travaux de préparation en vue de catastrophes

Les modules englobent:

- des sessions de formation
- des notes de référence
- des idées d'exercices
- des supports visuels



2 GUIDE DU FORMATEUR

92 pages, A4, 8 1/4 x 11 1/2, broché

Il comprend:

Une vue d'ensemble des matériaux avec des sorties papier des présentations en PowerPoint

Des outils de planification d'ateliers, avec:

- des listes de contrôle
- des ordres du jour
- des formulaires
- des patrons

Des informations sur:

- les méthodologies de formation
- la sélection des participants
- les conseils pour la formation
- la façon de porter l'apprentissage au maximum

et Sphère

3 CD-ROM

On y trouvera:

- Le guide des formateurs et les matériaux de formation:
 - i) en fichier RTF – à adapter selon les besoins individuels
 - ii) en fichier PDF – facile à télécharger pour l'imprimer
 - iii) en format HTML – pour une navigation aisée et pour faciliter la recherche du contenu par sujet (par ex. cycle du projet, plaidoyer, etc.)
- vidéo de 9 minutes de Sphère (1999)
- texte complet de l'édition 2004 du *manuel de Sphère*

Tout au long des matériaux de formation, dont tous peuvent être photocopiés, on trouvera des références aux éditions de 2000 et de 2004 du manuel, de sorte qu'on peut les utiliser avec l'une ou l'autre des deux versions.

LE PACK DE FORMATION DU PROJET SPHÈRE

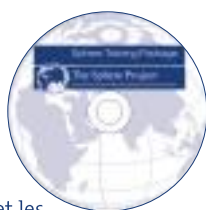
A4, 8 1/4 x 11 1/2, 400 pages, reliure spirale métallique

A4, 8 1/4 x 11 1/2, 92 pages, broché

CD-ROM

0 85598 509 7 o novembre 2003 o £30,00 / US\$48,00

Vendus ensemble. Les différents éléments ne sont pas disponibles séparément.



“Les modules de formation de SPHÈRE apportent des composantes essentielles pour la formation humanitaire... Une source solide pour les travaux en situation d'urgence, de développement et de plaidoyer dans l'ensemble de l'échiquier humanitaire.”

Une excellente ressource, essentielle pour tous ceux qui dispensent une formation humanitaire. La diversité des techniques de formation se prête à un apprentissage motivant.”

Mark Prasopa-Plaizier
Responsable de la formation
humanitaire
RedR Australie

“Les matériels de formation m'ont été extrêmement utiles au moment d'organiser un atelier national au Kenya. Nous avons décidé des objectifs de l'atelier et adapté les matériels de formation de manière à ce qu'ils correspondent aux résultats que nous recherchions – il était rassurant de savoir qu'une grande partie des recherches avait déjà été effectuée. Nous avons également adapté les modules à notre propre contexte, en y incorporant des études de cas appropriées au Kenya – pour moi, ceci résume l'essence de Sphère, à savoir qu'il est un outil à utiliser et à adapter au contexte dans lequel on travaille.”

Lindy Montgomery
Coordinatrice du programme
humanitaire, programme du Kenya
Oxfam GB

Le film du Projet Sphère:

Une introduction aux défis humanitaires

Ces séquences en couleur spécialement filmées au Sierra-Leone et ailleurs introduisent les principes et les pratiques de Sphère dans une situation réelle de terrain. Elles constituent un pack idéal d'orientation pour les travailleurs des secteurs humanitaire et de l'aide au développement.

Au travers de témoignages de praticiens expérimentés et d'exemples tirés de la vie réelle de l'utilisation du Manuel de Sphère, ce film se penche sur des thèmes plus généraux, comme:

- Quel est l'historique de l'action humanitaire ?
- Qu'est-ce que l'identité humanitaire ?
- Quel rôle les instruments juridiques jouent-ils dans la réponse aux catastrophes ?
- Comment traduire les principes en action ?
- Que signifie véritablement la participation dans la réponse aux catastrophes ?
- Comment évoluera l'aide humanitaire ?



Publié par le Projet Sphère

0 85598 506 2 o novembre 2003
Version vidéo NTSC du film de 45 mn en anglais
£9,95 + TVA (£11,70) / US\$16,50

0 85598 518 6 o novembre 2003 o français
0 85598 520 8 o novembre 2003 o espagnol

0 85598 507 0 o novembre 2003
Version vidéo PAL du film de 45 mn en anglais
£9,95 + TVA (£11,70) / US\$16,50

0 85598 517 8 o novembre 2003 o français
0 85598 519 4 o novembre 2003 o espagnol

0 85598 508 9 o novembre 2003
Version DVD NTSC du film de 45 mn en anglais, français et espagnol £9,95 + TVA (£11,70) / US\$16,50

0 85598 516 x o novembre 2003
Version DVD PAL du film de 45 mn en anglais, français et espagnol £9,95 + TVA (£11,70) / US\$16,50

NB: Les prix des vidéos et DVD couvrent les frais de duplication et d'emballage. Tous les DVD sont multi-zone.

Formulaire de “feedback” sur le manuel de Sphère

(Tous les commentaires présentés seront conservés au bureau de Sphère et, en cas de publication d’une autre édition révisée à l’avenir, seront examinés par les groupes de chaque secteur).

Nom:

Intitulé de poste et organisation:

Adresse:

.....

.....

Téléphone/e-mail:

Date:

- 1) Quels commentaires ou feedback généraux avez-vous sur l’une quelconque des parties du manuel de Sphère ? (la Charte humanitaire, la structure des chapitres consacrés aux différents secteurs, les annexes, etc.)

- 2) Y a-t-il des indicateurs qui ont besoin d’être ajustés ? Veuillez être précis et, si possible, fournir des informations basées sur des données probantes ou des références à l’appui de votre suggestion.

- 3) Y a-t-il de nouvelles informations/conclusions qui devraient être reflétées dans les notes d’orientation ?

- 4) Avez-vous besoin de renseignements supplémentaires sur Sphère ? Dans l’affirmative, veuillez préciser ci-dessous les informations dont vous avez besoin (assurez-vous que vous avez fourni vos coordonnées).

Veillez envoyer ce formulaire à: The Sphere Project, PO Box 372, 1211 Genève 19, Suisse.

Fax: +41.22.730.4905 E-mail: infofr@sphereproject.org

Vos contributions sont très appréciées.



Chapitre 3: Normes minimales dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire

Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre est divisé en quatre sections: 1) Normes relatives à l'évaluation initiale et l'analyse de la sécurité alimentaire et de la nutrition, 2) Normes relatives à la sécurité alimentaire, 3) Normes relatives à la nutrition, et 4) Normes relatives à l'aide alimentaire. Tandis que les normes relatives à la sécurité alimentaire et à la nutrition sont une expression pratique du droit à la nourriture, les normes relatives à l'aide alimentaire sont davantage axées sur les opérations. Les normes relatives à l'aide alimentaire peuvent contribuer à la réalisation des normes relatives à la sécurité alimentaire et à la nutrition.

Chacune des sections englobe les éléments suivants:

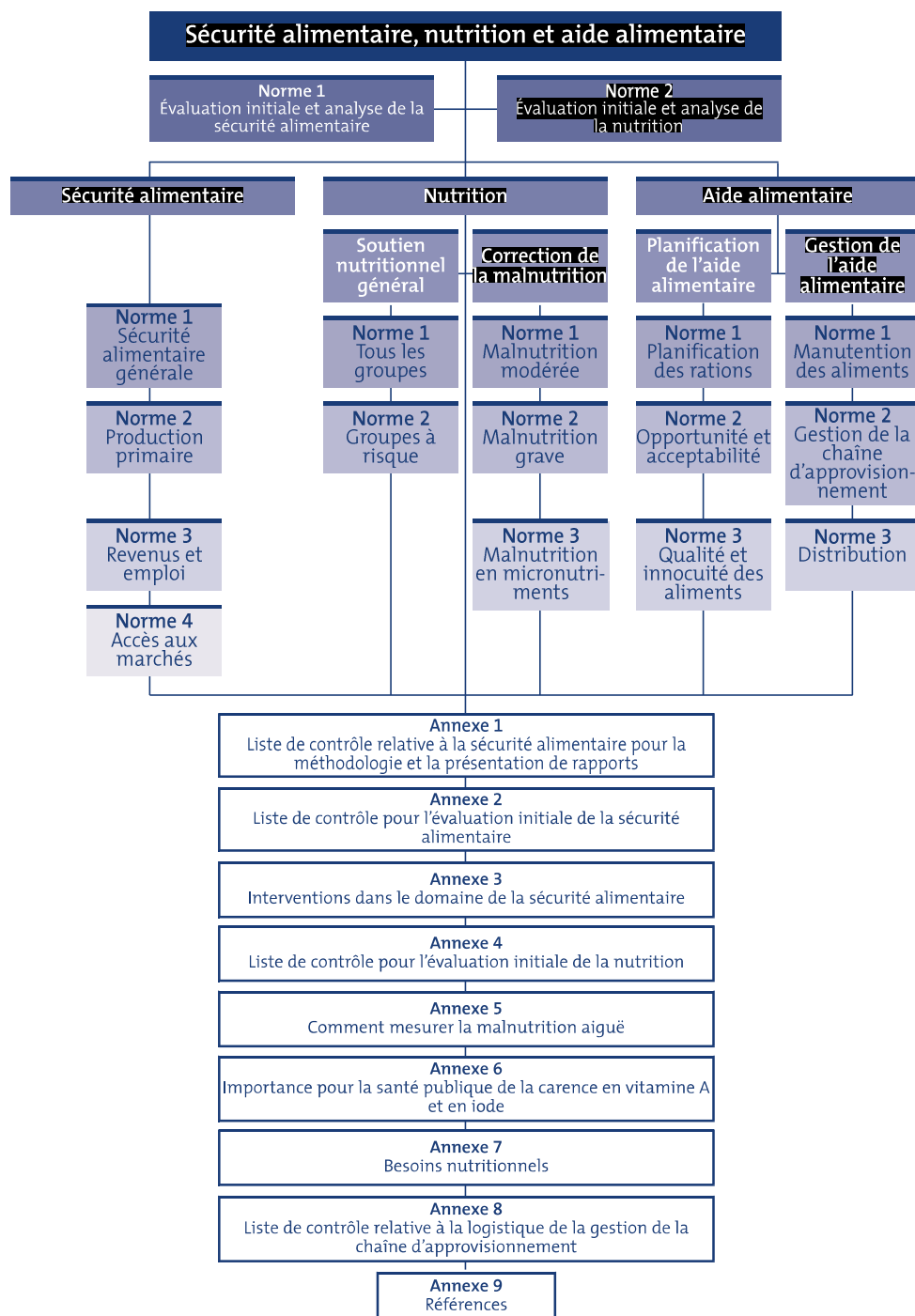
- *les normes minimales*: elles sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimaux à atteindre dans les interventions relatives à la sécurité alimentaire, à la nutrition et à l'aide alimentaire ;
- *les indicateurs clés*: ce sont des “signaux” qui indiquent si oui ou non la norme a été satisfaite. Ils constituent un moyen de mesurer et de communiquer l'impact, ou le résultat, des programmes ainsi que des processus et des méthodes utilisés. Les indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs ;
- *les notes d'orientation*: elles englobent des aspects spécifiques à prendre en compte lors de l'application des normes et des indicateurs dans différentes situations, des suggestions sur la manière de faire face aux difficultés pratiques, et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux normes ou aux indicateurs, et décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles.

Les annexes en fin de chapitre comportent des listes de contrôle pour les évaluations initiales, des exemples d'intervention dans le domaine de la sécurité alimentaire, des conseils sur la façon de mesurer la malnutrition aiguë et de déterminer l'importance pour la santé publique des carences en micronutriments ; ces annexes indiquent également les besoins nutritionnels et incluent une liste de références choisies, qui orientent le lecteur vers des sources d'information sur les questions générales et les questions spécifiques d'ordre technique liées à ce chapitre.

Table des matières

Introduction	127
1. Évaluation initiale et analyse de la sécurité alimentaire et de la nutrition	132
2. Sécurité alimentaire	140
3. Nutrition	160
i) Soutien nutritionnel général.....	163
ii) Correction de la malnutrition	173
4. Aide alimentaire.....	184
i) Planification de l'aide alimentaire	187
ii) Gestion de l'aide alimentaire	193
Annexe 1: Liste de contrôle relative à la sécurité alimentaire pour la méthodologie et la présentation de rapports	205
Annexe 2: Liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire	208
Annexe 3: Interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire	212
Annexe 4: Liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la nutrition	215
Annexe 5: Comment mesurer la malnutrition aiguë	219
Annexe 6: Importance pour la santé publique de la carence en vitamine A et en iode	224
Annexe 7: Besoins nutritionnels	226
Annexe 8: Liste de contrôle relative à la logistique de la gestion de la chaîne d'approvisionnement	229
Annexe 9: Références.....	231

Charte humanitaire et normes minimales



Introduction

Liens avec les instruments juridiques internationaux

Les normes minimales dans les secteurs de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire constituent l'expression pratique des principes et droits formulés dans la Charte humanitaire. Celle-ci traite des exigences les plus fondamentales afin de préserver la vie et la dignité des personnes affectées par des calamités ou des conflits, telles que stipulées dans l'ensemble des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux interventions humanitaires et aux réfugiés.

Chacun jouit du droit à une quantité suffisante de nourriture. Ce droit est reconnu dans des instruments juridiques internationaux et englobe le droit à ne pas souffrir de la faim. Parmi les aspects clés du droit à de la nourriture en quantité suffisante figurent:

- La disponibilité de nourriture en quantité et d'une qualité suffisantes pour satisfaire les besoins alimentaires des personnes, nourriture qui ne doit pas contenir de substances nocives et qui doit être acceptable dans le contexte d'une culture donnée.
- L'accessibilité de cette nourriture de façons durables et qui n'affectent pas la jouissance des autres droits de l'homme.

Les acteurs publics et autres ont des responsabilités liées à la réalisation du droit à la nourriture. Il y a de nombreuses situations dans lesquelles le non-accomplissement de ces obligations et les violations du droit international – y compris, par exemple, le fait d'affamer délibérément des populations ou de détruire leurs moyens de subsistance comme stratégie de guerre – ont des effets dévastateurs sur la sécurité alimentaire et la nutrition. En période de conflits armés, il est interdit pour les combattants d'attaquer ou de détruire les denrées alimentaires, les zones agricoles destinées à la production de denrées alimentaires, les cultures ou le bétail. Dans ces situations, les acteurs humanitaires peuvent contribuer à réaliser les droits des populations affectées, par

exemple en apportant une assistance alimentaire selon des méthodes conformes aux obligations du droit national et des droits de l'homme internationaux. Les normes minimales figurant dans ce chapitre ne constituent pas une expression complète du droit à la nourriture en quantité suffisante. Cependant, les normes de Sphère reflètent le contenu central du droit à la nourriture et contribuent à la réalisation progressive de ce droit au niveau mondial.

L'importance de la sécurité alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire dans les situations de catastrophe

L'accès à la nourriture et le maintien d'un état nutritionnel adéquat sont des facteurs déterminants cruciaux pour la survie des personnes lors d'une catastrophe. La malnutrition peut être le problème de santé publique le plus sérieux et peut être une cause principale de mort, directement ou indirectement. La faculté de récupération des moyens de subsistance et la sécurité alimentaire ultérieure des personnes déterminent leur santé et leur nutrition à court terme, mais également leur survie et bien-être futurs. L'aide alimentaire peut être importante au moment de protéger la sécurité alimentaire et la nutrition et de prendre des mesures pour qu'elles soient assurées, dans le cadre d'une combinaison de mesures variées.

Les normes relatives à la sécurité alimentaire sont moins détaillées que celles concernant la nutrition ou l'aide alimentaire, principalement parce que la sécurité alimentaire est un domaine divers doté d'un ensemble limité de bonnes pratiques dans les situations de catastrophe.

Dans le cadre de ce chapitre, on emploie les définitions suivantes:

- La sécurité alimentaire existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de mener une vie saine et active (Plan d'action du Sommet mondial de l'alimentation, paragraphe 1, 1996).
- les moyens de subsistance se composent des capacités, des biens (y compris les moyens matériels ainsi que sociaux) et des activités requis pour se donner un moyen de gagner sa vie qui soit propice à

la survie et au bien-être futur. Les stratégies de moyens de subsistance sont les moyens pratiques et les activités au travers desquels les personnes accèdent à la nourriture ou aux revenus leur permettant d'acheter de la nourriture, tandis que les stratégies d'adaptation sont des moyens temporaires de faire face à l'insécurité alimentaire.

- la malnutrition englobe un éventail de troubles, y compris la malnutrition aiguë, la malnutrition chronique et les carences en micronutriments. La malnutrition aiguë a trait au marasme (maigreur) et/ou à l'œdème nutritionnel, tandis que la malnutrition chronique a trait au retard de croissance (insuffisance de taille). Le marasme et le retard de croissance sont deux formes de défaut de croissance. Dans ce chapitre nous ne traiterons que de la malnutrition aiguë et des carences en micronutriments.

Comme ce sont en général les femmes qui assument la responsabilité globale de la nourriture au sein du ménage et parce qu'elles sont les principales bénéficiaires de l'aide alimentaire, il est important d'encourager autant que possible leur participation à la conception et à la mise en œuvre des programmes.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des normes figurant dans les chapitres consacrés aux autres secteurs sont utiles pour le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des normes dans un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales et les autres organisations participant à l'intervention est également nécessaire pour veiller à ce que les besoins soient satisfaits, à ce que les efforts ne soient pas répétés, et à ce que la qualité des interventions en matière de sécurité alimentaire, de nutrition et d'aide alimentaire soit optimisée.

Par exemple, les besoins concernant les ustensiles de cuisine, le combustible et l'eau pour la consommation d'aliments, et pour le maintien de la santé publique, sont abordés dans les normes relatives à

l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène, aux services de santé et aux abris, aux établissements humains et aux articles non alimentaires. Ces besoins ont un impact direct sur l'aptitude des ménages à accéder à la nourriture et sur le maintien d'un état nutritionnel adéquat. On fait référence à des normes ou notes d'orientation spécifiques figurant dans d'autres chapitres techniques lorsqu'il y a lieu de le faire.

Liens avec les normes communes à tous les secteurs

Le processus selon lequel une intervention est développée et mise en œuvre est crucial pour son efficacité. Ce chapitre devra être utilisé conjointement avec celui des normes communes à tous les secteurs, lesquelles englobent la participation, l'évaluation initiale, l'intervention, le ciblage, le suivi, l'évaluation, les compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires, et la supervision, la gestion et le soutien du personnel (Cf. chapitre 1, page 25). En particulier, la participation des personnes affectées par la catastrophe - y compris les groupes vulnérables décrits ci-dessous - devra être portée au maximum dans toute intervention afin de veiller à ce que cette dernière soit appropriée et de bonne qualité.

Vulnérabilités et capacités des populations affectées par la catastrophe

Les groupes qui courent le plus fréquemment des risques lors de catastrophes sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS). Dans certains contextes, les personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leur origine ethnique, de leur affiliation religieuse ou politique, ou du fait qu'elles ont été déplacées. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe, et celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte.

Tout au long du manuel, l'expression "groupes vulnérables" se réfère à tous ces groupes. Lorsque l'un quelconque de ces groupes court des risques, il est probable que les autres seront également menacés. Par conséquent, chaque fois que les groupes vulnérables sont mentionnés, on demande instamment aux utilisateurs de prendre en considération tous ceux énumérés ici. Il faut veiller tout particulièrement à protéger et à assister tous les groupes affectés de façon non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques. Cependant, il faut également garder à l'esprit que les populations affectées par une catastrophe possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités propres pour faire face à la situation, lesquelles doivent être reconnues et soutenues.

Les normes minimales

1 Évaluation initiale et analyse de la sécurité alimentaire et de la nutrition

Ces deux normes découlent des normes relatives à l'évaluation initiale commune (Cf. page 34) et à la participation (Cf. page 32), et elles s'appliquent toutes deux chaque fois que des interventions en matière de nutrition ou de sécurité alimentaire sont planifiées ou préconisées. Ces évaluations sont approfondies et exigent une quantité considérable de temps et de ressources pour être effectuées correctement. Dans une situation de crise aiguë et pour une intervention immédiate, une évaluation rapide sera suffisante pour décider si oui ou non une assistance immédiate est requise et, dans l'affirmative, quelles dispositions devront être prises. Des listes de contrôle pour les évaluations initiales sont proposées dans les annexes 1-2, pages 205-211.

Norme 1 relative à l'évaluation initiale et à l'analyse: sécurité alimentaire

Lorsque les personnes courent un risque d'insécurité alimentaire, les décisions prises dans le cadre du programme se basent sur une compréhension démontrée de la manière dont elles accèdent normalement à la nourriture et de l'impact de la catastrophe sur la sécurité alimentaire actuelle et future, afin de déterminer l'intervention la plus appropriée.

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

- Les évaluations initiales et les analyses examinent la sécurité alimentaire dans des lieux géographiques et au sein de groupes de moyens de subsistance pertinents, en faisant une distinction entre les saisons, et au fil du temps, afin d'identifier les besoins et de les classer selon leur priorité (Cf. note d'orientation 1).
- L'évaluation initiale met en évidence une compréhension des politiques générales, institutions et processus plus généraux d'ordre social, économique et politique qui affectent la sécurité alimentaire (Cf. note d'orientation 2).
- L'évaluation initiale englobe une enquête sur les stratégies d'adaptation et une analyse de ces dernières (Cf. note d'orientation 3).
- Dans la mesure du possible, l'évaluation se base sur les capacités locales, y compris les institutions formelles ainsi qu'informelles (Cf. note d'orientation 4).
- La méthodologie utilisée est décrite de manière exhaustive dans le rapport de l'évaluation initiale et est perçue comme étant conforme aux principes largement acceptés (Cf. note d'orientation 5).
- Les données secondaires sont exploitées, et la collecte de nouvelles données primaires sur le terrain se concentre sur les informations supplémentaires essentielles pour la prise de décisions (Cf. note d'orientation 6).
- Les interventions recommandées en matière de sécurité alimentaire sont conçues pour soutenir, protéger et promouvoir les stratégies relatives aux moyens de subsistance, tout en satisfaisant également les besoins immédiats (Cf. note d'orientation 7).
- L'impact de l'insécurité alimentaire sur l'état nutritionnel de la population est également pris en compte (Cf. note d'orientation 8).

Notes d'orientation

- 1. Portée de l'analyse:** la sécurité alimentaire varie en fonction des moyens de subsistance des personnes, de leur situation géographique,

de leur position sociale, de la nature de la catastrophe et de la saison à laquelle elle se produit, ainsi que des interventions associées. L'axe central de l'évaluation reflétera la manière dont la population se procurait de la nourriture et des revenus avant la catastrophe, et la façon dont cette dernière a affecté la situation. Par exemple, dans les zones urbaines et périurbaines, l'axe portera peut-être sur un examen de l'approvisionnement du marché en produits alimentaires, tandis qu'en milieu rural il s'agira davantage de la production alimentaire. Lorsque les personnes ont été déplacées, la sécurité alimentaire de la population d'accueil doit également être prise en compte. Les évaluations initiales de la sécurité alimentaire pourront être entreprises lors de la planification du retrait progressif d'un programme, ainsi qu'avant d'en entamer un. Dans un cas comme dans l'autre, elles devront être coordonnées entre toutes les parties concernées afin de réduire au minimum la répétition des efforts. Les évaluations rassemblant de nouvelles informations devront venir compléter les données secondaires obtenues de sources d'information existantes.

2. Contexte: l'insécurité alimentaire peut être le résultat de facteurs macro-économiques et sociopolitiques structurels plus larges, comme par exemple des politiques générales nationales et internationales, des processus ou institutions qui affectent l'accès des personnes à de la nourriture adéquate sur le plan nutritionnel. Ceci est en général défini comme l'insécurité alimentaire chronique, dans la mesure où elle est un état à long terme qui est le résultat de vulnérabilités structurelles, mais elle peut être aggravée par l'impact d'une catastrophe.

3. Stratégies d'adaptation: l'évaluation initiale et l'analyse doivent prendre en compte les différents types de stratégies d'adaptation, qui les applique et si oui ou non elles fonctionnent. Bien que ces stratégies varient, on distingue néanmoins divers stades bien distincts d'adaptation. Les stratégies d'adaptation adoptées au début ne sont pas forcément anormales, elles sont réversibles et ne causent pas de dégâts à long terme (par exemple collecte d'aliments sauvages, vente de biens non essentiels ou envoi d'un membre de la famille travailler ailleurs). Les stratégies ultérieures, parfois appelées stratégies de crise, peuvent nuire de manière permanente à la sécurité alimentaire (par exemple vente de terres, migration, sous l'effet de la détresse, de familles entières ou encore déforestation). Certaines stratégies d'adaptation utilisées par les

femmes et les filles tendent à les exposer à un risque accru d'infection par le VIH (par exemple prostitution et relations illicites, ou violences sexuelles lors de leurs déplacements vers des zones dangereuses). Des mouvements migratoires plus importants peuvent favoriser la transmission du VIH. Les stratégies d'adaptation peuvent également affecter l'environnement (par exemple surexploitation de ressources naturelles communes). Il est important que la sécurité alimentaire soit protégée et soutenue avant que toutes les options non préjudiciables ne soient épuisées.

4. Capacités locales: la participation de la communauté et d'institutions locales appropriées à toutes les étapes de l'évaluation initiale et de la planification revêt une importance vitale. Les programmes se baseront sur les besoins et seront adaptés au contexte local particulier. Dans les zones sujettes à des catastrophes naturelles récurrentes ou à des conflits de longue durée, il peut y avoir des systèmes locaux d'alerte précoce et d'intervention d'urgence. Les communautés qui ont déjà subi des sécheresses ou des inondations par le passé auront peut-être leurs propres plans d'urgence. Il est important de soutenir les capacités locales de ce type.

5. Méthodologie: il est important d'examiner avec soin la portée des évaluations initiales et des procédures d'enquêtes, même si elles sont informelles. Le processus documenté dans le rapport doit être à la fois logique et transparent, et refléter les procédures reconnues pour l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire. Les approches méthodologiques doivent être coordonnées entre les organisations et avec le gouvernement, pour faire en sorte que les informations et les analyses soient complémentaires et cohérentes: les informations pourront ainsi être comparées au fil du temps. Les évaluations initiales effectuées par plusieurs organisations sont en général préférables. La triangulation de sources et de types différents d'informations relatives à la sécurité alimentaire est essentielle pour aboutir à une conclusion cohérente pour différentes sources, par exemple évaluations des cultures, images satellite, bilans des ménages, etc. Une liste de contrôle des principaux domaines à prendre en compte dans le cadre d'une évaluation initiale est proposée en annexe 1. Une liste de contrôle pour la révision de la méthodologie est présentée en annexe 2.

6. Sources d'information: dans de nombreuses situations, il existe une abondance d'informations secondaires concernant la situation pré-catastrophe, y compris la disponibilité de nourriture en temps normal, l'accès à la nourriture qu'ont normalement différents groupes, les groupes qui souffrent le plus de l'insécurité alimentaire, et les effets de crises antérieures sur la disponibilité de nourriture et l'accès de différents groupes à celle-ci. L'utilisation efficace des informations secondaires permet, durant le rassemblement de données primaires lors de l'évaluation initiale, de se concentrer sur ce qui est essentiel dans la nouvelle situation.

7. Planification à long terme: certes, la satisfaction des besoins immédiats et la protection des biens productifs auront toujours la priorité durant les étapes initiales d'une crise, mais les interventions seront néanmoins toujours planifiées dans une optique à plus long terme. Ceci requiert des connaissances techniques spécialisées dans une gamme de secteurs, ainsi que des aptitudes à travailler en étroite collaboration avec les membres de la communauté, y compris les représentants de tous les groupes. La participation des membres de la communauté à toutes les étapes de l'évaluation initiale et de la planification du programme est vitale, notamment pour leurs manières de voir les possibilités et les risques à long terme. Les recommandations doivent se baser sur une compréhension robuste et démontrée par un personnel doté des qualifications et de l'expérience appropriées. L'équipe d'évaluation englobera des experts sectoriels compétents, par exemple des agronomes, des agroéconomistes, des vétérinaires, des scientifiques sociaux, et des experts en eau et en assainissement ou dans d'autres secteurs appropriés. (Cf. norme relative à la participation, page 32).

8. Insécurité alimentaire et état nutritionnel: l'insécurité alimentaire est l'une des trois causes sous-jacentes de la malnutrition, de sorte que partout où elle règne, il y a un risque de malnutrition, y compris de carences en micronutriments. La prise en compte de son incidence sur la situation nutritionnelle est une partie essentielle de l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire. Cependant, il ne faut pas supposer que l'insécurité alimentaire est la seule cause de malnutrition, sans prendre en compte les facteurs causaux possibles liés à la santé et aux soins.

Norme 2 relative à l'évaluation initiale et à l'analyse: nutrition

Lorsque les personnes risquent de souffrir de malnutrition, les décisions prises dans le cadre du programme se basent sur une compréhension démontrée des causes, du type, du degré et de la mesure de la malnutrition, et sur l'intervention la plus appropriée.

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

- Avant de mener une étude anthropométrique, les informations portant sur les causes sous-jacentes de la malnutrition (nourriture, santé et soins) sont analysées et font l'objet de rapports, en mettant en relief la nature et la gravité du ou des problème(s) et les groupes présentant les besoins les plus importants sur les plans de la nutrition et du soutien (Cf. note d'orientation 1 et norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 167).
- Les opinions de la communauté et des autres parties prenantes locales sur les causes de la malnutrition sont prises en compte (Cf. note d'orientation 1).
- Les études anthropométriques ne sont menées que dans les cas où l'on a besoin d'informations et d'une analyse pour faciliter la prise de décisions dans le cadre du programme (Cf. note d'orientation 2).
- On adhère aux lignes directrices internationales relatives aux études anthropométriques, et à celles définies au plan national qui leur sont conformes, au moment de déterminer le type, le degré et la mesure de la malnutrition (Cf. note d'orientation 3).
- Lorsque des études anthropométriques sont menées parmi des enfants de moins de cinq ans, on utilise les valeurs de référence internationales du rapport poids-taille pour rendre compte de la malnutrition en cotes Z et en pourcentage de la médiane, ce à des fins de planification (Cf. note d'orientation 3).
- Les carences en micronutriments susceptibles d'affecter la population sont déterminées (Cf. note d'orientation 4).

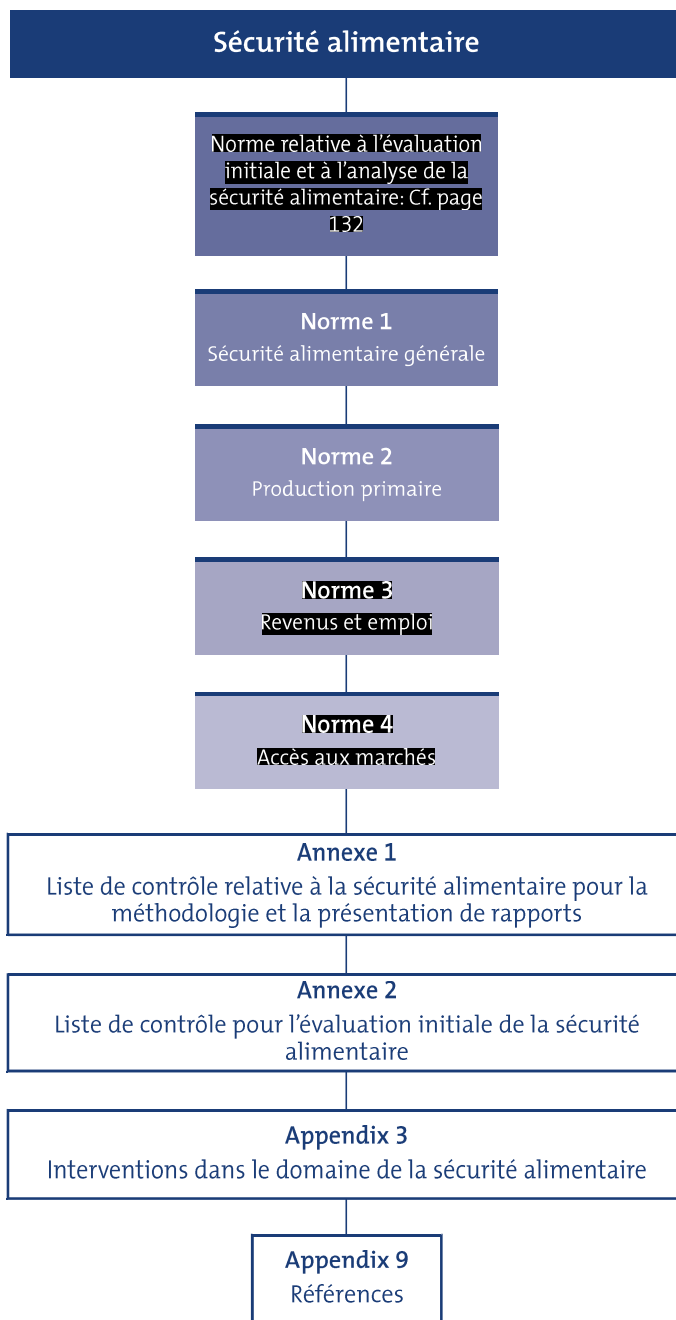
- Les interventions recommandées après l'évaluation initiale de la nutrition se basent sur les capacités locales et les complètent, ce de manière coordonnée.

Notes d'orientation

- 1. Causes sous-jacentes:** les causes immédiates de la malnutrition sont la maladie et/ou une consommation inadéquate de nourriture (laquelle peut être le résultat de l'insécurité alimentaire), un environnement médiocre sur les plans social et des soins ou de la santé publique, ou un accès inadéquat aux services médicaux aux niveaux du ménage et de la communauté. Ces causes sous-jacentes sont influencées par d'autres causes fondamentales, dont les ressources humaines, structurelles, naturelles et économiques, le contexte politique, culturel et de sécurité, les infrastructures formelles et informelles, les mouvements démographiques (forcés ou non) et les entraves aux mouvements. La compréhension des causes de la malnutrition dans chaque contexte spécifique est une condition sine qua non de tout programme de nutrition. Des informations, tant quantitatives que qualitatives, sur les causes de la malnutrition peuvent être rassemblées à partir de sources primaires ou secondaires, y compris les profils existants de santé et de nutrition, les comptes rendus de recherches, les informations d'alerte précoce, les dossiers des centres de santé, les rapports sur la sécurité alimentaire et les groupes d'assistance communautaire. On trouvera une liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la nutrition en annexe 4.
- 2. Prise de décisions:** elle se basera sur une compréhension de chacune des trois causes sous-jacentes possibles de la malnutrition, ainsi que sur les résultats des études anthropométriques. Dans une crise aiguë, toutefois, les décisions concernant la mise en œuvre de la distribution générale de nourriture ne devront pas attendre les résultats de ces études, car celles-ci peuvent prendre jusqu'à trois semaines. Il devrait, toutefois, être possible d'utiliser les conclusions des études anthropométriques pour influencer les décisions portant sur les interventions qui visent à corriger la malnutrition.
- 3. Études anthropométriques:** elles fournissent une estimation de la prévalence de malnutrition. La pratique la plus généralement acceptée

consiste à évaluer les niveaux de malnutrition parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois et à les utiliser comme indicateurs de substitution pour la population dans son ensemble. Cependant, d'autres groupes peuvent être touchés en plus grande mesure ou courir des risques nutritionnels plus importants. Lorsqu'il en est ainsi, la situation de ces groupes sera évaluée, bien qu'il puisse être difficile de procéder au mesurage (Cf. annexe 5). Les lignes directrices internationales stipulent qu'un échantillon représentatif doit être utilisé pour les études ; l'adhésion aux lignes directrices nationales peut favoriser la coordination et la comparabilité des comptes rendus. Lorsque des données représentatives sont disponibles sur les tendances de l'état nutritionnel, elles sont préférables à un chiffre unique de prévalence. Il peut également être utile de recueillir les taux de couverture des immunisations durant une étude anthropométrique, tout comme des données rétrospectives sur la mortalité, en utilisant un cadre différent pour l'échantillonnage. Les rapports devront toujours décrire les causes probables de la malnutrition, et l'œdème nutritionnel sera signalé séparément.

4. Carences en micronutriments: si l'on sait que la population présentait des carences en vitamine A, en iode ou en fer avant la catastrophe, on peut supposer que ceci continuera d'être un problème durant la catastrophe. Lorsque l'analyse des situations de santé et de sécurité alimentaire suggère un risque de carences en micronutriments, il faudra prendre des mesures visant à améliorer la quantification de certaines carences (Cf. également norme 1 relative au soutien nutritionnel général, page 163, et norme 3 relative à la correction de la malnutrition, page 182).



2 Normes minimales dans le secteur de la sécurité alimentaire

La sécurité alimentaire englobe l'accès à la nourriture (y compris son caractère financièrement abordable), l'adéquation de l'approvisionnement en nourriture ou de sa disponibilité, et la stabilité de l'approvisionnement et de l'accès au fil du temps. Elle concerne également la qualité, la variété et l'innocuité de la nourriture, et la consommation et l'utilisation biologique des aliments.

La faculté de récupération des moyens de subsistance des personnes, et leur vulnérabilité face à l'insécurité alimentaire, sont largement déterminées par les ressources dont elles disposent, et la manière dont ces ressources ont été affectées par la catastrophe. Parmi ces ressources figurent les biens économiques et financiers (comme l'argent liquide, les crédits, les économies et les investissements) et le capital physique, naturel, humain et social. Pour les personnes affectées par une catastrophe, la préservation, le recouvrement et le développement des ressources nécessaires à leur sécurité alimentaire et à leurs moyens de subsistance futurs constituent en général une priorité.

Dans les situations de conflit, l'insécurité et la menace du conflit peuvent sérieusement restreindre les activités liées aux moyens de subsistance et l'accès aux marchés. Les ménages peuvent subir une perte directe de leurs biens, soit parce qu'ils doivent les abandonner pour fuir, soit parce que ces biens ont été détruits ou réquisitionnés par les parties en conflit.

La première norme concernant la sécurité alimentaire, qui découle de la norme relative à l'évaluation initiale et l'analyse de la sécurité alimentaire (page 132), est une norme générale qui s'applique à tous les aspects des programmes relatifs à la sécurité alimentaire dans les situations de catastrophe, y compris les questions liées à la survie et à

la préservation des biens. Les trois autres normes concernent la production primaire, la génération de revenus et l'emploi, et l'accès aux marchés, y compris les biens et les services. L'annexe 3 décrit une gamme d'interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire.

Il y a évidemment un certain chevauchement entre les différentes normes relatives à la sécurité alimentaire, car les interventions dans ce domaine ont souvent des objectifs multiples, liés à des aspects différents, et sont donc couvertes par plus d'une norme (notamment celles applicables aux secteurs de l'eau, de la santé et des abris). De plus, un ensemble équilibré de programmes est requis pour atteindre toutes les normes dans le secteur de la sécurité alimentaire. Les interventions en situation de catastrophe doivent soutenir et/ou compléter les services gouvernementaux existants sur les plans de la structure, de la conception et de la durabilité à long terme.

Norme 1 relative à la sécurité alimentaire: sécurité alimentaire générale

Les personnes ont accès à des articles alimentaires et non alimentaires adéquats et appropriés d'une manière qui assure leur survie, empêche l'érosion de leurs biens et maintient leur dignité.

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

- Lorsque la vie des personnes est menacée en raison du manque de nourriture, les interventions donnent la priorité à la satisfaction de leurs besoins alimentaires immédiats (Cf. note d'orientation 1).
- Dans tous les contextes de catastrophe, des mesures sont prises pour soutenir, protéger et promouvoir la sécurité alimentaire. Il s'agit entre autres de préserver les biens productifs et de récupérer ceux perdus suite à la catastrophe (Cf. note d'orientation 2).
- Les interventions qui protègent et soutiennent la sécurité alimentaire

se basent sur une analyse robuste, dans le cadre d'une consultation avec la communauté affectée par la catastrophe.

- Les interventions tiennent compte des stratégies d'adaptation des personnes, de leurs avantages et des risques et coûts associés (Cf. note d'orientation 3).
- Des stratégies de transition et de sortie sont développées pour toutes les interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire lors d'une catastrophe, et sont rendues publiques et appliquées de manière appropriée (Cf. note d'orientation 4).
- Lorsqu'une intervention appuie le développement de nouvelles ou d'autres stratégies relatives aux moyens de subsistance, tous les groupes ont accès à un soutien approprié, y compris aux connaissances, compétences et services nécessaires (Cf. note d'orientation 5).
- Les interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire nuisent le moins possible à l'environnement (Cf. note d'orientation 6).
- Les nombres de bénéficiaires font l'objet d'un suivi pour déterminer le niveau d'acceptation et d'accès par différents groupes de la population et pour garantir la couverture globale de la population sans discrimination (Cf. note d'orientation 7).
- Les effets des interventions sur l'économie locale, les réseaux sociaux, les moyens de subsistance et l'environnement font l'objet d'un suivi, en plus du suivi continu lié aux objectifs du programme (Cf. note d'orientation 8).



Notes d'orientation

- 1. Classement selon leur priorité des interventions destinées à sauver des vies:** bien que la distribution d'aliments soit l'intervention la plus fréquemment entreprise afin de pallier l'insécurité alimentaire dans les situations de catastrophe, d'autres types d'intervention peuvent également aider les personnes à satisfaire leurs besoins immédiats de nourriture. On peut donner les exemples suivants d'interventions de ce type: la vente d'aliments subventionnés (lorsque les personnes ont un

certain pouvoir d'achat, mais que l'approvisionnement est inadéquat), l'amélioration du pouvoir d'achat au travers de programmes d'emploi (y compris "vivres en échange de travail" – food-for-work – FFW), et les initiatives de déstockage ou les distributions d'argent. En milieu urbain en particulier, la priorité sera peut-être de rétablir l'approvisionnement normal du marché et de revitaliser les activités économiques porteuses d'emplois. Les stratégies de ce type seront peut-être plus appropriées que la distribution de nourriture, parce qu'elles maintiennent la dignité des personnes, soutiennent les moyens de subsistance et de ce fait réduisent la vulnérabilité future. Les organisations ont la responsabilité de prendre en compte ce que font les autres pour veiller à ce que l'intervention conjuguée apporte des contributions et des services complémentaires. Les distributions générales de nourriture ne devront être introduites qu'en cas d'absolue nécessité et devront cesser dès que possible. La distribution générale gratuite de nourriture ne sera peut-être pas appropriée lorsque:

- un approvisionnement adéquat en nourriture est disponible dans la zone (il est donc préférable de tenter d'éliminer les obstacles entravant l'accès) ;
- une insuffisance localisée de nourriture disponible peut être abordée en soutenant les systèmes de marchés ;
- les attitudes ou politiques générales locales sont contre les distributions gratuites de nourriture.

2. Soutien, protection et promotion de la sécurité alimentaire: parmi les mesures appropriées visant à soutenir la sécurité alimentaire peuvent figurer une variété d'interventions et de travaux de plaidoyer (Cf. annexe 3). Bien qu'à court terme il puisse s'avérer impossible d'arriver à la sécurité alimentaire sur la seule base des propres stratégies relatives aux moyens de subsistance des personnes, les stratégies existantes qui contribuent à la sécurité alimentaire des ménages et préservent leur dignité devront être protégées et soutenues autant que possible. Les interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire ne cherchent pas forcément à récupérer complètement les biens perdus suite à la catastrophe, mais à empêcher que leur érosion ne se poursuive et à promouvoir un processus de récupération.

3. Risques associés aux stratégies d'adaptation: de nombreuses stratégies d'adaptation supposent des frais ou comportent des risques qui peuvent accroître la vulnérabilité. Par exemple:

- la réduction des quantités de nourriture consommées ou de la qualité des régimes alimentaires entraîne la dégradation de la santé et de l'état nutritionnel ;
- la réduction des dépenses en frais scolaires et en soins médicaux nuit au capital humain ;
- la prostitution et les relations avec des personnes venues de l'extérieur pour se procurer de la nourriture nuisent à la dignité et présentent le risque d'exclusion sociale et d'infection par le VIH ou d'autres maladies sexuellement transmissibles ;
- la vente de biens du ménage peut réduire la capacité productive future de celui-ci ;
- le non-remboursement des prêts peut entraîner la perte de l'accès futur au crédit ;
- l'utilisation excessive des ressources naturelles réduit la disponibilité de capital naturel (par exemple pêche et collecte de bois de chauffe excessives, etc.) ;
- les déplacements vers des zones dangereuses pour travailler ou collecter du bois ou du combustible font courir aux personnes le risque d'attaques ;
- la production ou la commercialisation de marchandises illicites entraîne le risque d'emprisonnement ;
- la séparation des enfants de leur famille et de leur mère peut entraîner une baisse de la qualité des soins apportés aux enfants et des risques accrus de malnutrition.

Ces effets progressifs et débilants doivent être reconnus, et il faut entreprendre des interventions précoces afin de décourager les stratégies de ce type et d'empêcher la perte des biens. Certaines stratégies d'adaptation peuvent également nuire à la dignité, lorsque les personnes se voient obligées d'entreprendre des activités socialement dégradantes ou inacceptables. Cependant, dans de nombreuses sociétés, certaines stratégies (comme envoyer un membre de la famille travailler ailleurs lors de difficultés) sont des traditions bien établies.



4. Stratégies de sortie et de transition: il faut réfléchir à ces stratégies dès le début du programme, surtout si l'intervention peut avoir des répercussions à long terme, par exemple la prestation de services gratuits qui seraient normalement payants, comme l'accès au crédit ou à des services vétérinaires. Avant de clôturer le programme ou de faire la transition vers une nouvelle phase, il doit y avoir des preuves que la situation s'est améliorée.

5. Accès aux connaissances, aux compétences et aux services: il faut concevoir et planifier des structures qui offrent des services adéquats en collaboration avec les utilisateurs, de manière à ce qu'elles soient appropriées et bien entretenues, si possible au-delà de la durée de vie du projet. Certains groupes ont des besoins très spécifiques ; par exemple, les enfants devenus orphelins à cause du sida peuvent être privés du transfert d'informations et de compétences qui a lieu au sein des familles.

6. Impact environnemental: dans la mesure du possible, la base de ressources naturelles pour la production et les moyens de subsistance de la population affectée – et des populations d'accueil – devra être préservée. Il faut tenir compte de l'impact du programme sur l'environnement durant l'évaluation initiale et la planification de toute intervention. Par exemple, les personnes qui vivent dans des camps ont besoin de combustible pour faire la cuisine, ce qui peut rapidement entraîner la déforestation au niveau local. La distribution de denrées dont la cuisson est longue, comme certains haricots secs, demandera plus de combustible de cuisine, ce qui pourrait affecter l'environnement (Cf. norme 2 relative à la planification de l'aide alimentaire, page 189). Dans la mesure du possible, les interventions viseront à protéger l'environnement de toute dégradation supplémentaire. Par exemple, les programmes de déstockage réduisent la pression de la pâture des animaux sur les prés durant une sécheresse, augmentant du même coup la quantité de nourriture disponible pour le bétail ayant survécu.

7. Couverture, accès et acceptabilité: les bénéficiaires et leurs caractéristiques devront être décrits et leur nombre estimé avant de déterminer le niveau de participation des différents groupes (en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables). La participation est en partie déterminée par la facilité d'accès et l'acceptabilité des activités pour les participants. Bien que certaines

mesures de sécurité alimentaire soient destinées aux personnes économiquement actives, elles doivent néanmoins être non discriminatoires et tenter d'offrir un accès aux groupes vulnérables, tout en protégeant les personnes à charge, y compris les enfants. Diverses contraintes, dont la capacité de travailler, la charge de travail à la maison, les responsabilités de garde et de prestation de soins aux enfants, aux malades chroniques ou aux personnes handicapées, et la restriction de l'accès physique, peuvent limiter la participation des femmes, des personnes handicapées et des personnes âgées. Pour surmonter ces contraintes, il faut identifier les activités adaptées aux capacités de ces groupes ou mettre sur pied des structures de soutien appropriées. Les mécanismes de ciblage basés sur l'auto-sélection devront normalement être établis dans le cadre d'une consultation complète de tous les groupes de la communauté (Cf. norme relative au ciblage, page 41).

- 8. Suivi:** outre le suivi de routine (Cf. normes relatives au suivi et à l'évaluation, pages 43-46), il est également nécessaire de suivre la situation générale en matière de sécurité alimentaire afin de déterminer si le programme continue d'être approprié, de planifier le retrait progressif de certaines activités ou l'introduction de modifications ou de nouveaux projets au besoin, et d'identifier la nécessité éventuelle de travaux de plaidoyer. Les systèmes d'information locaux et régionaux sur la sécurité alimentaire, y compris les systèmes d'alerte précoce contre la famine, constituent d'importantes sources d'information.

Norme 2 relative à la sécurité alimentaire: production primaire

Les mécanismes de production primaire sont protégés et soutenus.

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

- Les interventions destinées à soutenir la production primaire se basent sur une compréhension démontrée de la viabilité des systèmes de production, y compris l'accès aux intrants et aux services nécessaires, et leur disponibilité (Cf. note d'orientation 1).



- Des nouvelles technologies ne sont introduites que lorsque leurs répercussions pour les systèmes de production, les pratiques culturelles et l'environnement locaux sont comprises et acceptées par les producteurs alimentaires (Cf. note d'orientation 2).
- Dans la mesure du possible, une variété d'intrants est proposée afin de conférer aux producteurs une plus grande flexibilité dans la gestion de la production, du traitement et de la distribution, et dans la réduction des risques (Cf. note d'orientation 3).
- Les intrants productifs concernant les plantes, les animaux ou les pêcheries sont livrés à temps, sont acceptables au niveau local et conformes aux normes de qualité appropriées (Cf. notes d'orientation 4-5).
- L'introduction d'intrants et de services n'exacerbe pas la vulnérabilité et n'accroît pas non plus les risques, par exemple en augmentant la concurrence pour obtenir des ressources naturelles peu abondantes ou en endommageant les réseaux sociaux existants (Cf. note d'orientation 6).
- Les intrants et les services sont achetés au niveau local autant que possible, sauf en cas d'effet négatif sur les producteurs, les marchés ou les consommateurs locaux (Cf. note d'orientation 7).
- Les entités produisant, traitant et distribuant de la nourriture qui reçoivent des intrants dans le cadre du projet les utilisent de manière appropriée (Cf. notes d'orientation 8-9).
- Les interventions comprennent la nécessité d'intrants et de services complémentaires, et les fournissent lorsque c'est approprié.

Notes d'orientation

1. Viabilité de la production primaire: pour être viables, les stratégies de production alimentaire doivent avoir une chance raisonnable de se développer de manière adéquate et de réussir. Cette chance peut être influencée par une variété de facteurs, dont:

- l'accès à des ressources naturelles suffisantes (terres arables, pâtures, eau, rivières, lacs, eaux côtières, etc.). L'équilibre écologique

ne doit pas être compromis, par exemple par la surexploitation des terres marginales, la pêche excessive ou la pollution de l'eau, en particulier en milieu périurbain ;

- le niveau de compétences et de capacités, qui peut être limité là où les communautés sont sérieusement affectées par la maladie, ou dans les contextes où l'éducation et la formation sont interdites à certains groupes ;
- la disponibilité de main-d'œuvre par rapport aux modèles de production existants et au calendrier des activités agricoles clés ;
- la disponibilité d'intrants et la nature et la couverture des services associés (financiers, vétérinaires, vulgarisation agricole), qui peuvent être fournis par des institutions gouvernementales et/ou d'autres organismes ;
- la légalité de certaines activités ou du droit à travailler des groupes affectés, par exemple contrôles sur la collecte du bois de chauffe ou restrictions sur les droits des réfugiés à entreprendre un travail rémunéré ;
- L'insécurité à cause des conflits armés, de la destruction des infrastructures de transport, des mines terrestres, de la menace d'attaques ou du banditisme.

La production ne doit pas affecter négativement l'accès des autres groupes aux ressources naturelles essentielles pour la vie comme l'eau.

2. Développement technologique: parmi les "nouvelles" technologies peuvent figurer des variétés de cultures ou des espèces de bétail améliorées, de nouveaux outils ou engrais. Dans la mesure du possible, les activités de production alimentaire doivent suivre les modèles existants et/ou être liées aux plans nationaux de développement. Les nouvelles technologies ne seront introduites durant une catastrophe que si elles ont été précédemment mises à l'épreuve dans la zone locale et si l'on sait qu'elles sont appropriées. Lorsqu'elles sont introduites, les nouvelles technologies doivent être accompagnées de consultations appropriées de la communauté, de la mise à disposition d'informations, d'un programme de formation et d'autres formes de soutien utiles. La capacité des services de vulgarisation au sein des départements



gouvernementaux locaux, des ONG et autres au moment de faciliter tous ces processus sera évaluée et, au besoin, renforcée.

3. Amélioration du choix: parmi les exemples d'interventions qui offrent aux producteurs un plus grand choix figurent les contributions en argent ou le crédit à la place des intrants productifs, ou pour les compléter, et les foires de semences, qui donnent aux agriculteurs l'occasion de sélectionner les graines de leur choix. La production ne doit pas avoir de conséquences négatives sur le plan nutritionnel, comme lors du remplacement de cultures vivrières par des cultures de rapport. La fourniture de fourrage pour les animaux durant une sécheresse peut apporter un avantage nutritionnel humain plus direct aux pastoralistes que la prestation d'une assistance alimentaire.

4. Opportunité et acceptabilité: parmi les exemples d'intrants productifs on peut citer les semences, les outils, les engrais, le bétail, l'équipement de pêche, le matériel de chasse, les services de prêts et de crédits, les informations sur le marché, les services de transport, etc. La fourniture d'intrants agricoles et la prestation de services vétérinaires doivent être organisées de manière à ce qu'elles coïncident avec les saisons appropriées de l'agriculture et de l'élevage ; par exemple, la fourniture de semences et d'outils doit précéder la saison des plantations. Le déstockage d'urgence du bétail pendant une sécheresse doit avoir lieu avant que ce dernier ne subisse une mortalité excessive, tandis que la reconstitution du cheptel doit commencer une fois que le rétablissement est bien assuré, par exemple après les pluies suivantes.

5. Semences: il faut donner la priorité aux graines locales, afin que les agriculteurs puissent employer leurs propres critères pour en établir la qualité. Les variétés locales doivent être approuvées par les agriculteurs et les membres du personnel agricole local. Les semences doivent être adaptées aux conditions locales et résistantes aux maladies. Les semences provenant d'endroits autres que la région doivent être munies des certificats adéquats et il faut vérifier qu'elles sont appropriées pour les conditions locales. Les semences hybrides peuvent convenir lorsque les agriculteurs les connaissent bien et ont une expérience de leur culture. On ne peut déterminer cet aspect qu'en consultant la communauté. Lorsque des graines sont fournies gratuitement, les

agriculteurs préféreront peut-être des semences hybrides aux variétés locales parce qu'elles sont, autrement, coûteuses. Il faut également observer les politiques générales gouvernementales concernant les semences hybrides avant de les distribuer. Il ne faut pas distribuer des semences transgéniques sauf si elles ont été approuvées par les autorités nationales ou autres entités dirigeantes.

6. Impact sur les moyens de subsistance ruraux: la production primaire de nourriture peut ne pas être viable s'il y a un manque de ressources naturelles vitales. Promouvoir une production qui exige un accès accru ou modifié à des ressources naturelles disponibles au niveau local peut intensifier les tensions au sein de la population locale, en plus de restreindre encore davantage l'accès à l'eau et à d'autres biens essentiels. Il faut se montrer prudent lorsque l'on fournit des ressources financières, sous la forme de subventions ou de prêts, car elles peuvent également accroître le risque d'insécurité locale (Cf. norme 3 relative à la sécurité alimentaire, note d'orientation 5, page 155). De plus, la fourniture gratuite d'intrants peut perturber les mécanismes traditionnels de soutien et de redistribution sociaux.

7. Achat d'intrants au niveau local: il faut tenter de se procurer les intrants et les services destinés à la production alimentaire, comme les services vétérinaires, les semences, etc. au travers des systèmes d'approvisionnement existants au sein des pays. Cependant, avant d'entreprendre des achats locaux, il faut déterminer si ces derniers risquent de fausser le marché, par exemple en faisant augmenter le prix de produits peu abondants.

8. Suivi de l'usage: on peut estimer les indicateurs du processus et du rendement de la production, du traitement et de la distribution de nourriture, par exemple surface plantée, quantité de semences plantées par hectare, production, nombre de progénitures dans les troupeaux, etc. Il est important de déterminer la manière dont les producteurs utilisent les intrants du projet, en vérifiant par exemple que les semences sont effectivement plantées, et que les outils, les engrais, les filets et le matériel de pêche sont utilisés comme prévu. La qualité des intrants doit être examinée sur le plan de leur acceptabilité et des préférences des producteurs. Il est important pour l'évaluation de prendre en considération l'incidence du projet sur la nourriture disponible au sein des ménages, par exemple réserves alimentaires des ménages, quantité

et qualité de la nourriture consommée, ou quantité de nourriture vendue ou donnée. Lorsque le projet vise à accroître la production d'un type spécifique d'aliment, comme les produits d'origine animale ou à base de poisson, ou encore les légumineuses riches en protéines, l'utilisation de ces produits par les ménages devra faire l'objet d'une enquête. Les résultats des analyses de ce type pourront être validés par recoupement avec les études nutritionnelles (pourvu que les facteurs déterminants de l'état nutritionnel relatifs à la santé et aux soins soient également pris en compte).

9. Effets imprévus ou négatifs des intrants: par exemple, effet des changements des caractéristiques de la main-d'œuvre durant les saisons agricoles ultérieures, effet des interventions sur les stratégies d'adaptation alternatives et existantes (par ex. détournement de la main-d'œuvre), les caractéristiques du travail des femmes et leurs effets sur les soins dispensés aux enfants, l'assiduité scolaire et l'effet sur l'éducation, les risques pris afin d'accéder aux terres et aux autres ressources essentielles.

Norme 3 relative à la sécurité alimentaire: revenus et emploi

Lorsque la génération de revenus et l'emploi sont des stratégies faisables de moyens de subsistance, les personnes ont la possibilité d'exercer des activités rémunérées équitablement et qui contribuent à la sécurité alimentaire sans pour autant compromettre les ressources sur lesquelles se basent les moyens de subsistance.

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

- Les décisions de projet concernant le calendrier, les activités de travail, le type de rémunération et la faisabilité technique de la mise en œuvre se basent sur une compréhension démontrée des capacités des ressources humaines locales, sur une analyse du marché et de l'économie, et sur une analyse de l'offre et de la demande pour les compétences et les besoins de formation pertinents (Cf. notes d'orientation 1-2).

- Les interventions qui offrent des possibilités de travail ou de revenus sont faisables sur le plan technique, et tous les intrants nécessaires sont disponibles à temps. Dans la mesure du possible, les interventions contribuent à la sécurité alimentaire des autres et protègent ou restaurent l'environnement.
- Le niveau de rémunération est approprié, et le paiement des travailleurs rémunérés se fait rapidement, régulièrement et au moment voulu. Dans les situations d'insécurité alimentaire aiguë, les paiements peuvent se faire à l'avance (Cf. note d'orientation 3).
- Il y a des procédures en place pour fournir un environnement de travail sûr et sécurisant (Cf. note d'orientation 4).
- Les projets dans lesquels interviennent de grosses sommes d'argent englobent des mesures visant à éviter tout détournement et/ou toute situation d'insécurité (Cf. note d'orientation 5).
- Les interventions qui offrent des possibilités de travail protègent et soutiennent les responsabilités relatives aux soins au sein des ménages, n'affectent pas négativement l'environnement local et n'entravent pas les activités régulières liées aux moyens de subsistance (Cf. note d'orientation 6).
- La gestion et l'utilisation par le ménage de la rémunération (argent ou nourriture), des subventions ou des prêts sont comprises et perçues comme une contribution à la sécurité de tous les membres du ménage (Cf. note d'orientation 7).



Notes d'orientation

- 1. Opportunité des initiatives:** les ressources humaines locales seront utilisées au mieux dans le cadre de la conception du projet et de l'identification d'activités appropriées. Dans la mesure du possible, les activités de type "vivres en échange de travail" (food-for-work – FFW) et "argent en échange de travail" (cash-for-work – CFW) seront sélectionnées par les groupes participants eux-mêmes et planifiées avec

eux. Lorsqu'il y a un grand nombre de personnes déplacées (réfugiés ou personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays - PDIP), les possibilités de travail ne se matérialiseront pas aux dépens de la population locale d'accueil. Dans certaines situations, il faudra proposer des possibilités d'emploi aux deux groupes. Il est important de comprendre la gestion et l'utilisation de l'argent au sein des ménages au moment de décider si les services de microfinancement pourraient soutenir la sécurité alimentaire et, dans l'affirmative, sous quelle forme (Cf. également norme 2 relative à la sécurité alimentaire).

2. Type de rémunération: la rémunération peut se faire en argent liquide ou en nourriture, ou une combinaison des deux, et doit permettre aux ménages en proie à l'insécurité alimentaire de pourvoir à leurs besoins. Plutôt qu'un paiement, la rémunération pourra souvent prendre la forme d'un moyen d'encouragement fourni pour aider les personnes à entreprendre des tâches dont elles peuvent directement profiter. On préférera FFW à CFW lorsque les marchés sont faibles ou non réglementés, ou bien lorsqu'il y a peu de nourriture disponible. FFW sera aussi éventuellement approprié dans les situations où les femmes sont plus susceptibles de contrôler l'utilisation de la nourriture que celle de l'argent. CFW est préférable lorsque le commerce et les marchés peuvent assurer la disponibilité locale de nourriture, et lorsqu'il y a des systèmes sûrs pour la distribution de l'argent. Les besoins des personnes concernant les achats, et l'impact des dons d'argent ou de nourriture sur les autres besoins fondamentaux (scolarité, accès aux services médicaux, obligations sociales) devront être pris en considération. Le type et le niveau de la rémunération sera décidé au cas par cas, en tenant compte de ce qui précède et de la disponibilité de ressources monétaires et alimentaires.

3. Paiements: les niveaux de rémunération devront prendre en compte les besoins des ménages souffrant d'insécurité alimentaire, ainsi que les tarifs locaux de paiement de la main-d'œuvre. Il n'y a pas de lignes directrices universellement acceptées pour l'établissement des niveaux de rémunération, mais lorsque cette dernière se fait en nature et est fournie comme un transfert de revenus, il faut tenir compte de la valeur de la revente de la nourriture sur les marchés locaux. Le gain net en revenus découlant de la participation des individus aux activités du

programme devra être plus élevé que s'ils avaient consacré leur temps à d'autres activités. Ceci s'applique aux activités de type FFW, CFW, ainsi qu'au crédit, aux aides à la création d'entreprise, etc. Les occasions de gain de revenus devront améliorer la gamme de sources de revenus, et non remplacer les sources existantes. La rémunération ne devrait pas avoir un impact négatif sur les marchés du travail locaux, par exemple en causant une inflation du niveau des salaires, en détournant la main-d'œuvre d'autres activités ou en minant des services publics essentiels.

4. Risques dans l'environnement de travail: il faut éviter un environnement de travail à haut risque en introduisant des procédures pratiques visant à réduire au minimum les dangers ou à traiter les blessures, par exemple briefings, trousse de premiers secours, vêtements de protection au besoin. On tiendra aussi compte du risque de contact avec le virus VIH, et on prendra des mesures pour réduire ce risque au minimum.

5. Risque d'insécurité et de détournement: la distribution d'argent liquide, par exemple dans le cadre de la distribution de prêts ou du paiement en échange de travail effectué, introduit des préoccupations relatives à la sécurité, aussi bien pour le personnel du programme que pour les bénéficiaires. Il faut peser les risques d'insécurité pour les deux groupes et examiner une variété d'options. Pour faciliter l'accès et dans l'intérêt de la sécurité des bénéficiaires, le point de distribution sera aussi proche que possible de leur habitation, c'est-à-dire décentralisé, bien que ceci puisse compromettre la sécurité du personnel du programme. Si l'on soupçonne un niveau élevé de corruption ou de détournement de fonds, des activités de type FFW pourront s'avérer préférables à celles de type CFW.

6. Responsabilités relatives aux soins et moyens de subsistance: la participation à des activités rémunératrices ne doit pas nuire aux soins dus aux enfants ou autres, car le risque de malnutrition peut s'en trouver accru. Les programmes devront peut-être envisager d'employer des prestataires de soins ou de fournir des installations et services de soins (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 167). Les interventions ne doivent pas affecter négativement l'accès à d'autres débouchés, dans le domaine de l'emploi ou de l'éducation, par exemple, ni détourner certaines ressources familiales d'activités productives d'ores et déjà en place.

7. Utilisation de la rémunération: une rémunération juste fait que les revenus générés constituent un pourcentage significatif des ressources nécessaires à la sécurité alimentaire. La gestion par le ménage des apports d'argent ou de nourriture (y compris la distribution au sein même du ménage et les utilisations finales) doit être comprise, car la manière dont l'argent est donné peut soit désamorcer soit exacerber les tensions existantes, et de ce fait affecter la sécurité alimentaire et la nutrition des membres du ménage. Les interventions qui génèrent des revenus et des emplois ont souvent des objectifs multiples liés à la sécurité alimentaire ; il en est de même pour les ressources au niveau communautaire qui affectent la sécurité alimentaire. Par exemple, la réparation des routes peut améliorer l'accès aux marchés et l'accès aux soins de santé, tandis que la réparation ou la construction de systèmes de collecte de l'eau et d'irrigation peuvent améliorer la productivité.

Norme 4 relative à la sécurité alimentaire: accès aux marchés

L'accès sûr des personnes aux produits et services des marchés en tant que producteurs, consommateurs et négociants est protégé et favorisé.

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

- Les interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire se basent sur une compréhension démontrée des marchés et des systèmes économiques locaux, compréhension qui influence leur conception et, au besoin, mène à un travail de plaidoyer en faveur de l'amélioration des systèmes et du changement des politiques générales (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Les producteurs et les consommateurs jouissent d'un accès économique et physique aux marchés actifs, lesquels sont régulièrement approvisionnés en articles de base, dont des aliments à des prix abordables (Cf. note d'orientation 3).
- Dans la mesure du possible, les effets négatifs des interventions relatives à la sécurité alimentaire, y compris les achats et la

distribution d'aliments, sur les marchés locaux et sur les fournisseurs de ces marchés, sont réduits au minimum (Cf. note d'orientation 4).

- On dispose d'une quantité accrue d'informations sur le prix et la disponibilité des produits, sur la manière dont fonctionnent les marchés et les politiques générales qui régissent ce fonctionnement, et la population locale prend de plus en plus conscience de tous ces aspects (Cf. note d'orientation 5).
- Les denrées alimentaires de base et autres produits essentiels sont disponibles (Cf. note d'orientation 6).
- Les conséquences négatives des fluctuations saisonnières extrêmes des prix ou autres fluctuations anormales sont réduites au minimum (Cf. note d'orientation 7).

Notes d'orientation

1. Analyse des marchés: les types de marché – local, régional, national – et la manière dont ils sont liés feront l'objet d'une étude. Il faudra réfléchir à l'accès aux marchés actifs pour tous les groupes affectés, y compris les groupes vulnérables. Les interventions qui apportent une rémunération sous forme de nourriture, ou qui fournissent des intrants, comme des semences, des outils agricoles, des matériaux de construction d'abris, etc. devront être précédées d'une analyse des marchés par rapport au produit fourni. L'achat au niveau local de tout excédent apportera un soutien aux producteurs locaux. Les importations sont susceptibles de faire baisser les prix locaux. Lorsque les intrants comme les semences ne sont pas disponibles sur le marché libre, alors qu'ils sont encore accessibles aux agriculteurs au travers de leurs propres réseaux et systèmes d'approvisionnement en graines, il faudra réfléchir à l'effet des intrants externes sur ces systèmes.

2. Plaidoyer: les marchés fonctionnent dans le cadre des économies nationale et mondiale, qui influent sur les conditions des marchés locaux. Par exemple, les politiques générales gouvernementales, y compris les politiques relatives à la détermination des prix et aux échanges commerciaux, influencent l'accès et la disponibilité. Bien que les actions

à ce niveau dépassent la portée des interventions en situation de catastrophe, il est nécessaire d'effectuer une analyse de ces facteurs, car il peut y avoir des possibilités pour une approche conjointe entre plusieurs organisations, ou pour des travaux de plaidoyer auprès des gouvernements et autres organismes afin d'améliorer la situation.

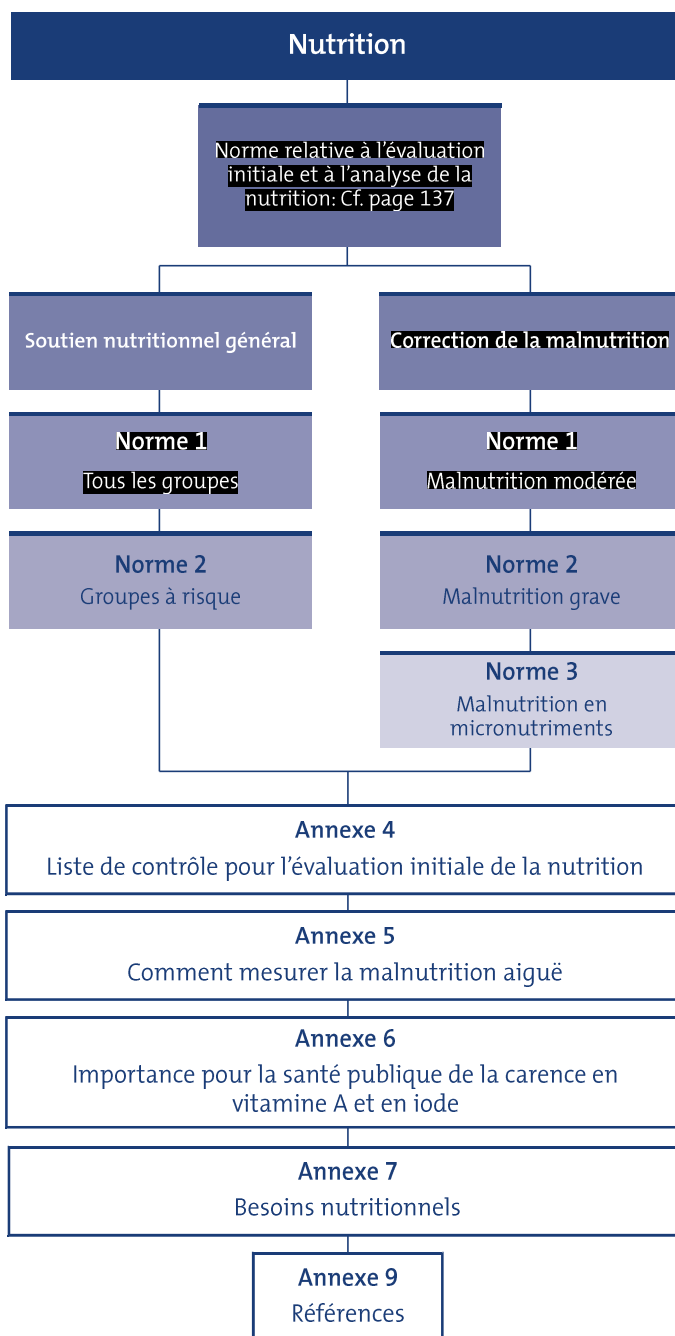
3. Offre et demande sur les marchés: l'accès économique aux marchés est influencé par le pouvoir d'achat, ainsi que les prix et la disponibilité des produits. Quant à savoir si ces derniers sont vendus à des prix abordables ou non, cela dépend des termes de l'échange entre les besoins fondamentaux (dont la nourriture, les intrants agricoles essentiels comme les semences et les outils, les soins médicaux, etc.) et les sources de revenus (cultures de rapport, bétail, salaires, etc.). L'érosion des biens a lieu lorsqu'une détérioration des termes de l'échange force les personnes à vendre des biens (souvent à des prix bas) afin d'acheter des articles de base (à des prix gonflés). L'accès aux marchés peut aussi être influencé par l'environnement politique et les conditions de sécurité, ainsi que par des aspects culturels ou religieux ; par exemple, l'accès peut être limité pour certains groupes minoritaires.

4. Impact des interventions: l'achat au niveau local d'aliments, de semences ou d'autres produits de base peut provoquer une inflation locale, aux dépens des consommateurs mais dans l'intérêt des producteurs locaux. Inversement, l'aide alimentaire importée peut faire baisser les prix et agir comme un moyen de dissuasion pour la production locale d'aliments, faisant augmenter le nombre de personnes confrontées à l'insécurité alimentaire. Les personnes responsables des achats doivent suivre et prendre en compte ces effets. La distribution d'aliments affecte également le pouvoir d'achat des bénéficiaires, car c'est une forme de transfert de revenus. Certains produits sont plus faciles à vendre à bon prix que d'autres, par exemple l'huile par rapport aux aliments composés. Le "pouvoir d'achat" associé à un aliment ou à un panier alimentaire donné déterminera en partie s'il est consommé ou vendu par le ménage bénéficiaire. Il est important de comprendre les ventes et les achats des ménages pour déterminer l'impact général des programmes de distribution de nourriture (Cf. également norme 3 relative à la gestion de l'aide alimentaire).

5. Politiques générales transparentes relatives au marché: les producteurs et les consommateurs locaux doivent être conscients des mécanismes de contrôle des prix et des autres politiques qui influencent l'offre et la demande. Il peut s'agir des politiques de l'État en matière d'établissement des prix et de taxation, des politiques qui influencent la circulation des produits de base à travers les frontières régionales, ou des programmes locaux visant à faciliter les échanges commerciaux avec les zones voisines (bien que, dans de nombreuses situations de conflit, il soit possible qu'aucune politique claire sur ces questions n'ait été définie).

6. Articles alimentaires essentiels: la sélection d'articles alimentaires pour assurer le suivi des marchés dépend des habitudes alimentaires locales et doit donc être déterminée au niveau local. Il faudra appliquer les principes de la planification de rations adéquates sur le plan nutritionnel au moment de décider des articles alimentaires qui sont essentiels dans un contexte particulier (Cf. norme 1 relative au soutien nutritionnel général, page 163, et norme 1 relative à la planification de l'aide alimentaire, page 187).

7. Fluctuations saisonnières des prix: si elles sont anormalement extrêmes, elles peuvent affecter négativement les producteurs agricoles pauvres, qui doivent vendre leurs produits lorsque les prix sont à leur niveau le plus faible (c'est-à-dire après la récolte). Inversement, les consommateurs qui n'ont guère de revenus disponibles ne peuvent pas se permettre d'investir dans des réserves d'aliments, mais dépendent plutôt de petits achats fréquents. Ils sont donc forcés d'acheter même lorsque les prix sont élevés (par exemple pendant une sécheresse). Parmi les exemples d'interventions qui peuvent réduire ces effets au minimum figurent l'amélioration des systèmes de transport, la diversification de la production alimentaire ou les transferts d'argent ou de nourriture pendant les périodes critiques.



3 Normes minimales dans le secteur de la nutrition

Les causes immédiates de la malnutrition sont la maladie et/ou la consommation inadéquate de nourriture, lesquelles sont le résultat d'une nourriture, d'une santé ou de soins médiocres aux niveaux du ménage ou de la communauté.

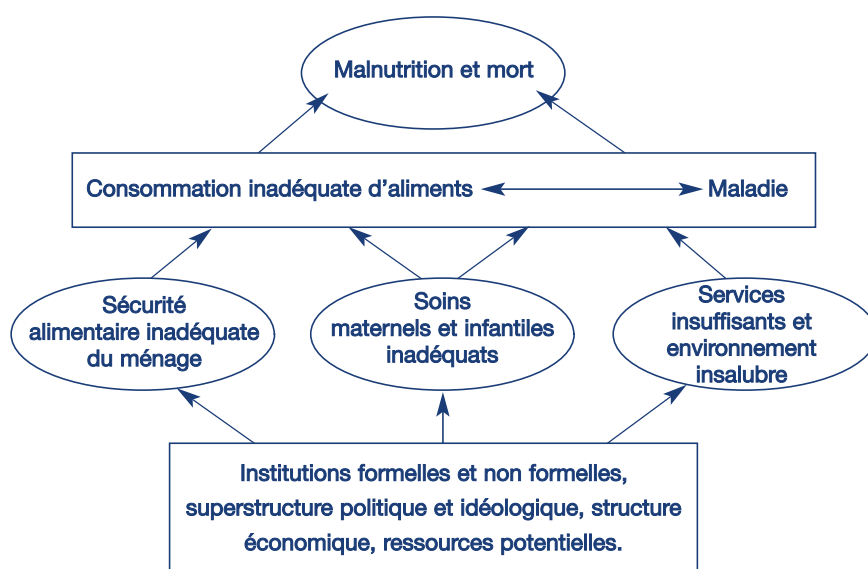
Le but des programmes de prévention est de faire en sorte que les causes de la malnutrition identifiées lors de l'évaluation initiale soient abordées. Il s'agit, entre autres, de veiller à ce que les personnes aient accès, en toute sécurité, à de la nourriture de qualité et en quantité adéquates, et qu'elles soient dotées des moyens de la préparer et de la consommer sans risques, de s'assurer que le cadre de vie des personnes, leur accès aux services de santé (aussi bien préventifs que curatifs), et la qualité de ces derniers réduisent au minimum les risques de décès dû à la maladie, et de veiller à ce qu'il y ait un environnement dans lequel des soins puissent être dispensés aux membres de la population vulnérables sur le plan nutritionnel. Par "soins" on entend l'apport au sein des ménages et des communautés de temps, d'attention et d'un soutien afin de satisfaire les besoins physiques, mentaux et sociaux des membres du ménage. La protection de l'environnement social et des soins est abordée au travers des normes relatives à l'aide alimentaire et à la sécurité alimentaire, tandis que les soins et le soutien nutritionnels pour certains groupes de la population qui peuvent courir des risques plus importants sont abordés dans les normes relatives à la nutrition.

Parmi les programmes qui visent à corriger la malnutrition peuvent figurer des programmes spéciaux d'alimentation, des traitements médicaux et/ou des soins de soutien pour les individus malnutris. Les programmes d'alimentation ne doivent être mis en œuvre que lorsque des études anthropométriques ont été menées ou sont prévues. Ils

doivent toujours être complétés par des mesures de prévention.

Les deux premières normes de cette section traitent des questions nutritionnelles liées aux programmes de prévention de la malnutrition et seront utilisées parallèlement aux normes relatives à l'aide alimentaire et à la sécurité alimentaire. Les trois dernières normes concernent les programmes destinés à corriger la malnutrition.

Les interventions visant à prévenir et à corriger la malnutrition requièrent la réalisation des normes minimales figurant dans ce chapitre ainsi que celles d'autres chapitres: services de santé, approvisionnement en eau et assainissement, et abris. Elles supposent aussi que soient atteintes les normes communes figurant dans le chapitre 1 (Cf. page 25). Autrement dit, pour que la nutrition de tous les groupes soit protégée et soutenue, d'une manière qui assure leur survie et maintient leur dignité, il ne suffit pas d'atteindre seulement les normes figurant dans la présente section du manuel.



Cadre conceptuel mettant en évidence les causes de la malnutrition

i) Soutien nutritionnel général

Cette section traite des ressources et des services nutritionnels requis pour satisfaire les besoins de la population en général et de certains groupes spécifiques qui peuvent courir des risques nutritionnels plus importants. À moins que ces besoins ne soient satisfaits, toute intervention destinée à corriger la malnutrition aura vraisemblablement un impact limité, car les personnes qui se rétablissent réintégreront un contexte de soutien nutritionnel inadéquat et leur état est donc susceptible de se détériorer à nouveau.

Lorsque les populations requièrent une aide alimentaire pour satisfaire certains ou la totalité de leurs besoins nutritionnels, la norme 1 relative au soutien nutritionnel général devra être utilisée parallèlement aux normes 1-2 relatives à la planification de l'aide alimentaire, pages 187-191, et aux normes 3-4 relatives aux articles non alimentaires, pages 275-279. La norme 2 relative au soutien nutritionnel général se concentre sur les groupes à risque. Cependant, les personnes vulnérables face à une catastrophe varient en fonction du contexte, de sorte que les groupes à risque spécifiques devront être identifiés dans chaque situation.

Norme 1 relative au soutien nutritionnel général: tous les groupes

Les besoins nutritionnels de la population sont satisfaits.

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

- La population a accès à une variété d'aliments – denrées de base (céréales ou tubercules), légumes secs (ou produits d'origine animale) et sources de matières grasses – qui satisfont les besoins nutritionnels (Cf. note d'orientation 1).

- La population a accès à des aliments riches en vitamine A et C et en fer, ou à des aliments fortifiés ou encore à des suppléments appropriés (Cf. notes d'orientation 2, 3, 5 et 6).
- La majorité (>90%) des ménages ont accès à du sel iodé (Cf. notes d'orientation 2, 3 et 6).
- La population a accès à des sources supplémentaires de niacine (par ex. légumes secs, fruits secs oléagineux, poisson séché) si la denrée de base est le maïs ou le sorgho (Cf. notes d'orientation 2-3).
- La population a accès à des sources supplémentaires de thiamine (par ex. légumes secs, fruits secs oléagineux, œufs) si la denrée de base est le riz blanc (Cf. notes d'orientation 2-3).
- La population a accès à des sources adéquates de riboflavine lorsque les personnes dépendent d'un régime alimentaire très limité (Cf. notes d'orientation 2-3).
- Les niveaux de malnutrition modérée et grave se maintiennent à un seuil acceptable ou diminuent jusqu'à ce qu'ils atteignent un tel seuil (Cf. note d'orientation 4).
- Il n'y a pas de cas de scorbut, de pellagre, de béribéri ou de carence en riboflavine (Cf. note d'orientation 5).
- Les taux de xérophtalmie et de troubles liés à la carence en iode ne sont pas assez élevés pour revêtir une importance sur le plan de la santé publique (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. Besoins nutritionnels: on utilisera les estimations suivantes des besoins pour une population moyenne, en ajustant les chiffres à chaque population de la manière décrite en annexe 7.

- 2.100 kcal par personne et par jour ;
- 10-12% de l'énergie totale est fournie par des protéines ;
- 17% de l'énergie totale est fournie par des matières grasses ;
- consommation adéquate de micronutriments au travers d'aliments frais ou fortifiés.

Il faut noter qu'il s'agit là des besoins pour l'apport d'une aide alimentaire seulement si la population dépend entièrement de cette aide pour pourvoir à ses besoins nutritionnels. Dans les situations où les personnes peuvent elles-mêmes satisfaire certains de leurs besoins nutritionnels, la prestation d'aide alimentaire sera ajustée en conséquence, sur la base de l'évaluation initiale. Pour la planification des rations alimentaires, Cf. norme 1 relative à la planification de l'aide humanitaire, page 187.

2. Prévention des maladies liées aux carences en micronutriments:

si ces indicateurs sont atteints, il devrait être possible d'éviter la détérioration du niveau de micronutriments de la population, pourvu que des mesures adéquates de santé publique soient en place pour prévenir des maladies comme la rougeole, le paludisme et les infections parasitaires (Cf. normes relatives à la lutte contre les maladies transmissibles, page 325). Parmi les options possibles pour la prévention des carences en micronutriments figurent les mesures de sécurité alimentaire destinées à promouvoir l'accès à des aliments nutritifs (Cf. normes 2-3 relatives à la sécurité alimentaire, pages 147-156), l'amélioration de la qualité nutritionnelle de la ration alimentaire en la fortifiant ou en y introduisant des aliments composés ou des denrées achetées au niveau local afin de fournir des nutriments autrement manquants, et/ou des suppléments médicaux. La perte des micronutriments qui peut survenir durant le transport, l'emmagasiner, le traitement et la cuisson des aliments doit être prise en compte. Exceptionnellement, lorsque des aliments riches en micronutriments sont disponibles au niveau local, on peut envisager d'augmenter la quantité de nourriture dans la ration générale éventuelle afin de permettre davantage d'échanges d'aliments mais, dans ce cas, il faut tenir compte du rapport efficacité/coûts et de l'impact sur les marchés.

3. Suivi de l'accès aux micronutriments: les indicateurs mesurent la qualité du régime alimentaire mais ne quantifient pas les micronutriments disponibles. Pour mesurer la quantité de micronutriments consommés, il faudrait satisfaire des exigences irréalistes de collecte d'informations. Les indicateurs peuvent être mesurés en utilisant des informations émanant de sources diverses et recueillies au moyen de différentes techniques. Il peut s'agir, entre autres, de suivre la nourriture disponible et son utilisation au niveau du ménage, d'évaluer les prix et la disponibilité des aliments sur les marchés, d'évaluer la teneur en micronutriments des aliments distribués, d'examiner les plans et les

dossiers relatifs à la distribution d'aide alimentaire, d'évaluer la contribution, s'il y a lieu, des aliments sauvages, et de mener des évaluations initiales de la sécurité alimentaire. L'analyse au niveau des ménages ne déterminera pas l'accès individuel à la nourriture. La répartition des aliments au sein même des ménages ne sera pas toujours équitable, et il est possible que les groupes vulnérables soient tout particulièrement affectés, mais ce n'est pas là un aspect pratique à mesurer. Les mécanismes de distribution (Cf. norme 3 relative à la gestion de l'aide alimentaire, page 201), le choix des denrées fournies dans le cadre de l'aide alimentaire et des discussions avec la population affectée sont autant d'aspects qui pourront contribuer à améliorer la répartition des aliments au sein des ménages.

4. Interprétation des niveaux de malnutrition: les tendances de la malnutrition peuvent être indiquées par les dossiers des centres médicaux, les études anthropométriques répétées, la surveillance nutritionnelle, les programmes de dépistage ou les comptes rendus de la communauté. Il peut s'avérer coûteux de mettre sur pied des systèmes permettant de mesurer les taux de malnutrition sur de grandes zones ou de longues périodes, et des connaissances techniques spécialisées sont nécessaires. Le coût relatif d'un système de ce type devra être jugé par rapport à l'échelle des ressources disponibles. Une combinaison de systèmes d'information complémentaires, par exemple la surveillance et des études intermittentes, peut constituer l'utilisation la plus efficace des ressources. Dans la mesure du possible, les institutions locales et les communautés devront participer aux activités de suivi, à l'interprétation des résultats et à la planification de toute intervention éventuelle. Pour déterminer si les niveaux de malnutrition sont acceptables, il faut analyser la situation à la lumière de la population de référence, des taux de morbidité et de mortalité (Cf. norme 1 relative aux systèmes et aux infrastructures de santé, note d'orientation 3, page 309), des fluctuations saisonnières, des niveaux pré-urgence de malnutrition et des causes sous-jacentes de la malnutrition.

5. Carences épidémiques en micronutriments: on a mis en relief quatre carences en micronutriments – scorbut (vitamine C), pellagre (niacine), béribéri (thiamine) et riboflavine – car elles sont les carences les plus fréquemment observées suite à un accès insuffisant aux micronutriments dans les populations dépendantes de l'aide alimentaire, et parce qu'elles

sont en général évitables dans les situations de catastrophe. Si des individus souffrant de l'une quelconque de ces carences se présentent à un centre médicosocial, par exemple, il est probable que leur état sera dû à un accès limité à certains types d'aliments et probablement indicatif d'un problème s'étendant à toute la population. C'est pourquoi les carences devraient être abordées au moyen d'interventions destinées à toute la population, ainsi qu'au travers d'un traitement individuel (Cf. norme 3 relative à la correction de la malnutrition, page 182). Dans tout contexte, lorsqu'il y a des preuves claires que ces carences en micronutriments sont un problème endémique, leurs niveaux devront être réduits au moins jusqu'à leur seuil pré-catastrophe.

6. Carences endémiques en micronutriments: les efforts pour s'attaquer aux carences en micronutriments durant la phase initiale d'une catastrophe sont compliqués par les difficultés rencontrées pour les identifier. Les exceptions sont la xérophtalmie (vitamine A) et le goitre (iode), pour lesquels il y a des critères d'identification clairs et faciles à utiliser sur le terrain. Ces carences peuvent également être abordées par des interventions au niveau de la population, par exemple l'administration de fortes doses de suppléments aux enfants et aux femmes venant d'accoucher, iodation du sel et campagnes de sensibilisation du public. Cf. annexe 6 pour comprendre leur importance pour la santé publique.

Norme 2 relative au soutien nutritionnel général: groupes à risque

Les besoins nutritionnels et de soutien des groupes à risque identifiés sont satisfaits.

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

- Les nourrissons de moins de six mois sont exclusivement allaités au sein ou, dans des cas exceptionnels, ont accès à une quantité suffisante d'un substitut adéquat de lait maternel (Cf. notes d'orientation 1-2).

- Les enfants de 6 à 24 mois ont accès à des aliments complémentaires nutritifs et énergétiques (Cf. note d'orientation 3).
- Les femmes enceintes et qui allaitent ont accès à des nutriments et à un soutien supplémentaires (Cf. note d'orientation 4).
- On accorde une attention particulière à la protection, à la promotion et au soutien des soins et de la nutrition des adolescentes (Cf. note d'orientation 4).
- Une information, une éducation et une formation appropriées en matière de nutrition sont offertes aux professionnels compétents, aux personnes chargées des soins et aux organisations sur les pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants (Cf. notes d'orientation 1-4 et 8).
- L'accès des personnes âgées à des aliments nutritifs et à un soutien nutritionnel appropriés est protégé, favorisé et soutenu (Cf. note d'orientation 5).
- Les familles qui comptent en leur sein des personnes atteintes d'une maladie chronique, y compris des personnes vivant avec le VIH/sida, et des membres présentant des handicaps spécifiques ont accès à des aliments nutritifs appropriés et à un soutien nutritionnel adéquat (Cf. notes d'orientation 6-8).
- Des systèmes basés au sein de la communauté sont en place pour assurer la prestation de soins appropriés aux individus vulnérables (Cf. note d'orientation 8).

Notes d'orientation

1. Alimentation des nourrissons: l'allaitement au sein exclusif est la manière la plus saine d'alimenter un nourrisson de moins de six mois. Les bébés qui sont allaités au sein exclusivement ne reçoivent aucune quantité d'aliments pré-lactation, d'eau, de thés ou d'aliments complémentaires. Les taux d'allaitement maternel exclusif sont en général faibles, de sorte qu'il est important de promouvoir et de soutenir l'allaitement au sein, en particulier lorsque les pratiques d'hygiène et de soins se sont détériorées et que le risque de contracter des infections est

élevé. Il y a des cas exceptionnels dans lesquels un bébé ne peut pas être exclusivement allaité au sein (comme lorsque la mère est morte ou bien lorsqu'il est déjà alimenté par des moyens artificiels). Dans ces cas, il faut utiliser des quantités suffisantes d'un substitut adéquat de lait maternel, jugé selon les normes du Codex Alimentarius, et encourager la relactation si possible. Les substituts de lait maternel peuvent être dangereux du fait qu'il est difficile de les préparer dans des conditions sûres. Il ne faut en aucun cas utiliser des biberons, car ils ne sont pas hygiéniques. Les professionnels devront recevoir une formation pour assurer une protection, une promotion et un soutien adéquats concernant l'allaitement au sein, y compris la relactation. Si du lait maternisé est distribué, il faudra dispenser des conseils aux personnes chargées des soins sur la manière sûre de l'utiliser. L'achat et la distribution doivent être conformes au Code international de commercialisation de substituts de lait maternel et aux résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé.

2. Le VIH et l'alimentation des nourrissons: s'il n'est pas possible d'effectuer des tests volontaires et confidentiels pour le VIH/sida, toutes les mères doivent être aidées à allaiter. Il est trop risqué d'offrir des alternatives au lait maternel en cas de doute sur le statut de la mère. Si une femme a subi un test et sait qu'elle est séropositive, on recommande un moyen d'alimentation de remplacement s'il peut être administré de manière acceptable, faisable, financièrement abordable, durable et sûre. On offrira aux mères séropositives qui choisissent de ne pas allaiter leur bébé des conseils et un soutien spécifiques pendant au moins les deux premières années de la vie de l'enfant pour assurer son alimentation adéquate.

3. Alimentation des enfants en bas âge: il faudrait que l'allaitement au sein se poursuive pendant au moins les deux premières années de l'enfant. À l'âge de six mois, les jeunes enfants ont besoin d'aliments énergétiques en plus du lait maternel ; on recommande que 30% du contenu énergétique de leur régime alimentaire provienne de sources de matières grasses. Lorsque les enfants de 6 à 24 mois n'ont pas accès au lait maternel, les aliments qu'ils consomment doivent suffire à satisfaire tous leurs besoins nutritionnels. Il faut faire des efforts pour conférer aux ménages les moyens et les compétences leur permettant de préparer

des aliments complémentaires appropriés pour les enfants de moins de 24 mois. On y parviendra en fournissant des denrées alimentaires spécifiques, ou bien des ustensiles, du combustible et de l'eau. Lors de la vaccination contre la rougeole ou autres immunisations, il est courant d'administrer un supplément de vitamine A à tous les enfants de 6 à 59 mois. Les nourrissons et les jeunes enfants dont le poids était faible à la naissance peuvent aussi bénéficier de suppléments de fer, bien qu'il soit très difficile d'observer des protocoles quotidiens.

4. Femmes enceintes et allaitantes: parmi les risques associés à la consommation inadéquate de nutriments pour les femmes enceintes et allaitantes figurent les complications durant la grossesse, la mortalité maternelle, un poids faible de l'enfant à la naissance et des performances diminuées durant l'allaitement au sein. Les chiffres moyens de planification pour les rations générales prennent en compte les besoins supplémentaires des femmes enceintes et allaitantes. Lorsque la ration générale est inadéquate, une alimentation complémentaire peut s'avérer nécessaire pour prévenir la détérioration de leur état nutritionnel. Le fait de présenter un poids faible au moment de la conception est fortement associé à un poids faible de l'enfant à la naissance, ce qui veut dire que, lorsqu'ils existent, les mécanismes destinés à apporter un soutien nutritionnel aux adolescentes doivent être utilisés. Les femmes enceintes et allaitantes devront recevoir des suppléments quotidiens de fer et d'acide folique mais, comme dans le cas des enfants, il peut être problématique d'assurer la prise quotidienne de la dose recommandée. Il est donc important de veiller à ce que des mesures soient prises pour réduire la prévalence de carences en fer au travers d'un régime alimentaire diversifié (Cf. norme 1 relative au soutien nutritionnel général). Les femmes venant d'accoucher devront aussi recevoir de la vitamine A dans un délai de six semaines suivant l'accouchement.

5. Personnes âgées: elles peuvent être tout particulièrement affectées par les catastrophes. Parmi les facteurs de risque nutritionnels qui réduisent l'accès à la nourriture et peuvent accroître les besoins en nutriments figurent la maladie et les handicaps, le stress psychosocial, le froid et la pauvreté. Ces facteurs peuvent être exacerbés lorsque les réseaux normaux de soutien, formels ou informels, sont perturbés. Bien que les

chiffres moyens pour la planification prennent en compte les besoins nutritionnels des personnes âgées, il faudra accorder une attention particulière à leurs besoins nutritionnels et de soins. Plus spécifiquement:

- les personnes âgées doivent être en mesure d'accéder facilement aux sources d'aliments (y compris ceux proposés dans le cadre de l'aide humanitaire) ;
- les aliments doivent être faciles à préparer et à consommer ;
- les aliments doivent satisfaire les besoins supplémentaires de protéines et de micronutriments des personnes âgées.

Les personnes âgées jouent souvent un rôle important dans la prestation de soins aux autres membres du ménage et peuvent avoir besoin d'un soutien spécifique pour remplir cette fonction.

6. Personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS): elles peuvent courir un risque plus important de malnutrition, à cause d'un certain nombre de facteurs. Parmi eux figurent la consommation réduite d'aliments du fait de la perte d'appétit ou des difficultés à manger, l'absorption médiocre des nutriments à cause de la diarrhée, des parasites ou de l'endommagement des cellules intestinales, les changements métaboliques, et les infections et maladies chroniques. Il y a des données qui indiquent que les besoins énergétiques des PVVS augmentent à chaque stade de l'infection. Les micronutriments sont tout particulièrement importants pour préserver la fonction immunitaire et promouvoir la survie. Les PVVS doivent veiller à ce qu'elles restent aussi bien nourries et saines que possible afin de retarder le commencement du sida. La mouture et la fortification de l'aide alimentaire ou la fourniture d'aliments fortifiés et composés sont parmi les stratégies possibles pour améliorer leur accès à un régime alimentaire adéquat et, dans certaines situations, il sera peut-être approprié d'augmenter la taille globale de la ration alimentaire, s'il y en a une (Cf. norme relative au ciblage, page 41).

7. Personnes handicapées: elles peuvent courir toute une gamme de risques nutritionnels susceptibles d'être exacerbés par l'environnement dans lequel elles vivent. Parmi ces risques nutritionnels figurent les difficultés à mâcher et à avaler, qui entraînent une consommation réduite d'aliments et la suffocation, une position ou posture peu appropriée pour manger, une mobilité réduite, laquelle affecte l'accès à la nourriture et à

la lumière du jour (ce qui a un effet sur le bilan en vitamine D), la discrimination qui affecte l'accès à la nourriture, et la constipation, qui touche tout particulièrement les personnes atteintes de paralysie cérébrale. Les personnes handicapées sont plus susceptibles d'être séparées des membres de leur famille immédiate (et des personnes qui s'occupent normalement d'elles) lors d'une catastrophe. Il faut faire des efforts pour déterminer et réduire ces risques en veillant à leur accès physique à la nourriture (y compris celle fournie dans le cadre des secours humanitaires), en développant des mécanismes pour les aider à s'alimenter (par exemple fourniture de cuillères et de pailles, développement de systèmes de visites à domicile ou de services de proximité) et en leur fournissant des aliments très énergétiques.

8. Soins basés au sein de la communauté: les individus chargés des soins et ceux dont ils s'occupent peuvent avoir des besoins nutritionnels spécifiques, par exemple ils peuvent avoir moins de temps pour accéder aux aliments parce qu'ils sont malades/s'occupent de malades ; ils peuvent avoir un besoin plus important de maintenir des pratiques d'hygiène qui peut être compromis ; ils peuvent avoir moins de biens à échanger contre des aliments à cause des frais de traitement ou de funérailles ; et ils peuvent être socialement stigmatisés et avoir un accès réduit aux mécanismes de soutien communautaires. La disponibilité des personnes dispensant des soins peut avoir changé suite à la catastrophe ; par exemple, suite au dispersement des membres de leur famille ou à un décès, des enfants et des personnes âgées peuvent devenir les principales personnes chargées des soins. Il est important que les personnes chargées des soins soient soutenues et ne soient pas minées dans le cadre des soins dispensés aux membres des groupes vulnérables: il s'agit d'apporter un soutien et une protection en matière d'alimentation, d'hygiène, de santé et sur le plan psychosocial. On peut utiliser les réseaux sociaux existants pour dispenser une formation à des membres sélectionnés de la communauté afin qu'ils assument des responsabilités dans ces domaines.

ii) Correction de la malnutrition

La malnutrition, y compris toute carence en micronutriments, est associée à un risque accru de morbidité et de mortalité pour les personnes affectées. Par conséquent, lorsque les taux de malnutrition sont élevés, il est nécessaire d'assurer un accès à des services destinés à corriger, en plus de prévenir, la malnutrition. L'impact de ces services se verra considérablement réduit s'il n'y a pas un soutien général approprié en place pour la population – par exemple, s'il y a un dysfonctionnement du système de contrôle de la filière d'approvisionnement en nourriture ("food pipeline" ou système de contrôle alimentaire), ou une insécurité alimentaire aiguë, ou encore si l'on procède à l'alimentation complémentaire sans jouir d'un soutien général pour des raisons de sécurité. Dans ces cas, le travail de plaidoyer en faveur d'un soutien nutritionnel général devra constituer un élément clé du programme (Cf. norme relative aux interventions, page 38).

Il y a de nombreuses manières d'aborder la malnutrition modérée, par exemple en améliorant la ration alimentaire générale, en renforçant la sécurité alimentaire, en favorisant l'accès aux soins de santé et à l'assainissement et l'eau potable. Lors de catastrophes, l'alimentation complémentaire ciblée est souvent la principale stratégie pour corriger la malnutrition modérée et prévenir la malnutrition grave (norme 1). Parfois, les taux de malnutrition sont si élevés qu'il peut être inefficace de cibler les personnes souffrant de malnutrition modérée ; dans ces cas, tous les individus qui satisfont certains critères définissant les personnes à risque (par exemple celles âgées de 6 à 59 mois) seront pris en charge. On parle alors d'alimentation complémentaire globale.

La malnutrition grave est corrigée au travers de soins thérapeutiques qui peuvent être dispensés selon diverses approches, dont les soins 24 heures sur 24 aux patients en consultation interne, les soins de jour et les soins à domicile (norme 2). La prestation de soins aux patients en consultation interne dépend de la réalisation des autres normes, comme la fourniture d'installations d'approvisionnement en eau et

d'assainissement en bon état de marche (Cf. eau, assainissement et promotion de l'hygiène, page 61). La correction des carences en micronutriments (norme 3) dépend de la réalisation des normes relatives aux systèmes et aux infrastructures du secteur de la santé et du contrôle des maladies transmissibles (Cf. services de santé, page 295).

Norme 1 relative à la correction de la malnutrition: malnutrition modérée

La malnutrition modérée est abordée.

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

- Dès le début, des objectifs clairement définis et convenus sont établis pour la mise en place et la clôture du programme (Cf. note d'orientation 1).
- La couverture est >50% en milieu rural, >70% en milieu urbain et >90% dans les camps (Cf. note d'orientation 2).
- Plus de 90% de la population cible peut faire l'aller-retour à pied en moins d'un jour, temps du traitement compris, jusqu'au centre de distribution des rations sèches établi dans le cadre des programmes d'alimentation complémentaire, et se trouve à 1 heure de marche au maximum pour les programmes d'alimentation d'appoint sur le site (Cf. note d'orientation 2).
- Le pourcentage de personnes sortant des programmes d'alimentation complémentaire qui sont décédées est <3%, celui de celles s'étant rétablies est >75% et celui des personnes ayant abandonné est <15% (Cf. note d'orientation 3).
- L'admission des personnes se base sur une évaluation par rapport à des critères anthropométriques internationalement acceptés (Cf. note d'orientation 4 et annexe 5).
- Les programmes d'alimentation complémentaire ciblée sont liés aux structure de santé existantes, s'il y en a, et des protocoles sont suivis

pour identifier les problèmes de santé et adresser les patients à des services spécialisés compétents (Cf. note d'orientation 5).

- L'alimentation complémentaire se base sur la distribution de rations sèches à emporter, à moins qu'il n'y ait un raisonnement clair pour qu'elle ait lieu sur le site (Cf. note d'orientation 6).
- Il y a des systèmes de suivi en place (Cf. note d'orientation 7).

Notes d'orientation

- 1. Conception de l'alimentation complémentaire ciblée:** la conception des programmes doit se baser sur une compréhension de la complexité et de la dynamique de la situation en matière de nutrition. Les programmes d'alimentation complémentaire ciblée ne doivent être mis en œuvre que lorsque des études anthropométriques ont été menées ou sont prévues et si les causes sous-jacentes de la malnutrition modérée sont abordées simultanément. Des programmes d'alimentation complémentaire ciblée peuvent être mis en œuvre à court terme, avant la réalisation de la norme 1 relative au soutien nutritionnel général. L'objet du programme devra être clairement communiqué et discuté avec la population cible (Cf. norme relative à la participation, page 32).
- 2. Couverture:** elle est calculée par rapport à la population cible, définie au début du programme, et elle peut être estimée dans le cadre d'une étude anthropométrique. Elle peut être affectée par l'acceptabilité du programme, l'emplacement des points de distribution, la sécurité pour le personnel et les personnes ayant besoin de traitements, les délais d'attente, la qualité des services et la fréquence des visites à domicile. Les centres de distribution doivent être proches de la population ciblée, afin de réduire les risques et les coûts associés aux déplacements sur de longues distances avec de jeunes enfants, et de limiter le risque de déplacements de population vers eux. Les communautés affectées devront prendre part à la décision sur l'emplacement des centres de distribution. La décision finale se basera sur une consultation large et sur la non-discrimination.
- 3. Indicateurs de sortie:** les sortants d'un programme d'alimentation sont les personnes qui n'y sont plus inscrites. Le total des personnes sortantes se compose de celles qui ont abandonné, de celles qui se sont

rétablies (y compris les individus adressés à des services spécialisés) et de celles qui sont décédées.

Pourcentage de sortants ayant abandonné =
$$\frac{\text{nombre de personnes ayant abandonné le programme}}{\text{nombre de sortants}} \times 100\%$$

Pourcentage de sortants décédés =
$$\frac{\text{nombre de morts dans le programme}}{\text{nombre de sortants}} \times 100\%$$

Pourcentage de sortants rétablis =
$$\frac{\text{nombre d'individus renvoyés guéris du programme}}{\text{nombre de sortants}} \times 100\%$$

4. Critères d'admission: les individus autres que ceux qui satisfont les critères anthropométriques définissant la malnutrition peuvent aussi bénéficier d'une alimentation complémentaire, par exemple les personnes vivant avec le VIH/sida ou la tuberculose, ou encore les personnes handicapées. Les systèmes de suivi devront être ajustés si ces individus sont inclus. Dans les situations où les programmes d'alimentation d'urgence sont dépassés par le nombre d'individus présentant les conditions requises pour recevoir un traitement, il ne s'agira peut-être pas de la meilleure façon d'aborder les besoins de ces personnes, lesquelles continueront de courir des risques durant toute la catastrophe. Il peut s'avérer préférable d'identifier d'autres mécanismes possibles pour apporter un soutien nutritionnel à plus long terme, par exemple au travers d'un soutien communautaire à domicile ou de centres de traitement de la tuberculose.

5. Apports à la santé: les programmes d'alimentation complémentaire ciblée devront inclure des protocoles médicaux appropriés comme la fourniture de traitements anti-helminthes, la supplémentation en vitamine A et les immunisations, mais la prestation de ces services prendra en compte la capacité des services de santé existants. Dans les zones où il y a une prévalence élevée de certaines maladies (par ex. le VIH/sida), la qualité et la quantité des aliments complémentaires feront l'objet d'une attention spéciale.

6. Alimentation sur le site: on préférera les rations sèches à emporter, distribuées toutes les semaines ou toutes les deux semaines, à

l'alimentation sur le site, mais leur taille doit tenir compte du partage qui a lieu au sein des ménages. L'alimentation sur le site ne sera envisagée que lorsque la sécurité est source de préoccupation. Lorsque le combustible, l'eau ou les ustensiles de cuisine sont peu abondants, comme au sein des populations déplacées ou en mouvement, les distributions d'aliments prêts à la consommation pourront être envisagées à court terme, pourvu qu'elles ne viennent pas perturber les habitudes traditionnelles en matière d'alimentation. Pour l'alimentation à emporter, on donnera des informations claires sur la manière de préparer les aliments complémentaires de façon hygiénique, sur la façon dont ils doivent être consommés, et quand, et sur l'importance de continuer à allaiter les enfants de moins de 24 mois (Cf. norme 3 relative à la gestion de l'aide alimentaire, page 201).

7. Systèmes de suivi: les systèmes assureront le suivi de la participation communautaire, de l'acceptabilité du programme (une bonne manière de la mesurer est d'examiner le taux d'abandon), des taux de réadmission, des quantités et de la qualité des aliments fournis, de la couverture du programme, des taux d'admission et de renvoi des programmes d'alimentation, et de facteurs externes comme les tendances de la morbidité, les niveaux de malnutrition au sein de la population, les niveaux d'insécurité alimentaire au sein des ménages et de la communauté, et la capacité des systèmes existants concernant la prestation des services. Il faudra enquêter sur les causes individuelles de réadmission, d'abandon et de non-rétablissement, ce de manière continue.

Norme 2 relative à la correction de la malnutrition: malnutrition grave

La malnutrition grave est abordée.

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

- Dès le début, des objectifs clairement définis et convenus sont établis pour la mise sur pied et la clôture du programme (Cf. note d'orientation 1).

- La couverture est >50% en milieu rural, >70% en milieu urbain et >90% dans les camps (Cf. note d'orientation 2).
- Le pourcentage de personnes sortant des programmes de soins thérapeutiques qui sont décédées est <10%, celui des personnes rétablies est >75% et celui des personnes ayant abandonné est <15% (Cf. notes d'orientation 3-5).
- Les critères de renvoi des programmes d'alimentation englobent les indices non anthropométriques comme un bon appétit et l'absence de diarrhée, de fièvre, d'infestation parasitaire et autres maladies non traitées (Cf. note d'orientation 4).
- Le gain de poids moyen est >8 g par kg par personne et par jour (Cf. note d'orientation 6).
- Les soins nutritionnels et médicaux sont dispensés conformément aux protocoles de soins thérapeutiques internationalement reconnus (Cf. note d'orientation 7).
- On accorde autant d'attention à l'allaitement au sein et au soutien psychosocial, à l'hygiène et au travail de proximité avec la communauté qu'aux soins cliniques (Cf. note d'orientation 8).
- Il doit y avoir au moins un auxiliaire chargé de veiller à la prise des repas pour 10 patients en consultation interne.
- Il faut aborder les entraves à la prestation de soins aux individus souffrant de malnutrition et aux membres de leur famille qui sont affectés (Cf. note d'orientation 9).

Notes d'orientation

- 1. Lancement de soins thérapeutiques:** parmi les facteurs à prendre en compte lors de l'ouverture de centres pour le traitement de la malnutrition grave figurent le nombre et le dispersement géographique des individus affectés, la situation en matière de sécurité, les critères recommandés pour l'établissement et la clôture des centres, et la capacité des structures de santé existantes. Les programmes d'alimentation thérapeutique ne doivent pas miner la capacité des

systèmes de santé, ni permettre aux gouvernements de se démettre de leurs responsabilités de prestation de services. Dans la mesure du possible, les programmes viseront à développer et à renforcer les capacités existantes pour traiter la malnutrition grave. L'objet du programme devra être clairement communiqué et discuté avec la population cible (Cf. norme relative à la participation, page 32). Un programme de soins thérapeutiques ne devra commencer que s'il y a un plan en place pour que les patients restants, à la fin du programme, puissent finir leur traitement.

2. Couverture: elle est calculée en fonction de la population cible et peut être estimée dans le cadre d'une étude anthropométrique. Elle peut être affectée par l'acceptabilité du programme, l'emplacement des centres de traitement, la sécurité du personnel et de ceux qui nécessitent un traitement, les délais d'attente et la qualité des services.

3. Indicateurs de sortie: le délai nécessaire pour atteindre les indicateurs de sortie d'un programme d'alimentation thérapeutique est de 1 à 2 mois. Les sortants d'un programme d'alimentation sont ceux qui n'y sont plus inscrits. La population des personnes sortantes se compose de celles qui ont abandonné le programme, de celles qui se sont rétablies (y compris les personnes adressées à des services spécialisés) et de celles qui sont décédées (Cf. norme précédente, note d'orientation 3 pour la façon de calculer les indicateurs de sortie). Les taux de mortalité seront interprétés à la lumière des taux de couverture et de la gravité de la malnutrition traitée. On ne connaît pas la mesure dans laquelle les taux de mortalité sont affectés dans les situations où un important pourcentage de personnes admises sont séropositives, de sorte que les chiffres n'ont pas été ajustés pour ces situations.

4. Taux de rétablissement: une personne renvoyée (guérie) du programme d'alimentation ne doit présenter aucune complication médicale et doit être parvenue à un gain de poids suffisant, et l'avoir maintenu, (par ex. lors de deux pesages consécutifs). Les protocoles établis suggèrent des critères de renvoi qu'il faut respecter, afin d'éviter les risques associés à une sortie prématurée du programme. Les protocoles définissent également les limites pour la période moyenne que passent les patients dans des programmes d'alimentation thérapeutique, et visent à éviter de longues périodes de rétablissement (par exemple, en général, la durée

du séjour est de 30 à 40 jours). Le VIH/sida et la tuberculose peuvent faire que certaines personnes souffrant de malnutrition ne se rétablissent pas. Les options pour un traitement ou des soins à plus long terme seront envisagées conjointement avec les services de santé et autres entités de soutien social et communautaire (Cf. normes 3 et 6 relatives à la lutte contre les maladies transmissibles, pages 329 et 337). Les causes de la réadmission, de l'abandon et de l'absence de réaction devront être examinées et documentées de manière continue. Les individus devront faire l'objet d'un suivi, autant que possible, après leur renvoi et seront orientés vers des programmes spécialisés d'alimentation complémentaire lorsque c'est possible.

5. Taux d'abandon: ils peuvent être élevés lorsque le programme n'est pas accessible à la population. L'accessibilité peut être affectée par la distance du point de traitement par rapport à la communauté, par un conflit armé continu, par le manque de sécurité, par le degré de soutien offert à la personne administrant les soins ou à celle recevant le traitement, par le nombre de personnes chargées des soins qui restent à la maison pour s'occuper d'autres personnes à charge (il se peut qu'il soit très faible dans les situations de prévalence élevée de VIH/sida), et par la qualité des soins dispensés. Une personne qui abandonne un programme d'alimentation thérapeutique est un individu qui ne s'y présente pas depuis une période définie (par exemple depuis plus de 48 heures pour les patients en consultation interne).

6. Gain de poids: on peut arriver à des taux similaires de gain de poids chez les adultes et les enfants lorsqu'ils suivent un régime alimentaire similaire. Toutefois, les taux moyens de gain de poids peuvent occulter des situations où certains patients ne connaissent pas d'amélioration ou ne sont pas renvoyés guéris du programme d'alimentation. Des taux inférieurs peuvent être plus acceptables dans les programmes destinés aux patients en consultation externe, parce que les risques et les exigences pesant sur la communauté, par exemple sur le plan du temps, peuvent être bien moindres. Le gain moyen de poids à la sortie se calcule ainsi: $(\text{poids à la sortie (g)} - \text{poids lors de l'admission (g)}) / (\text{poids lors de l'admission (kg)} \times \text{durée du traitement (jours)})$.

7. Protocoles: on trouvera les protocoles internationalement acceptés, y compris les définitions de l'absence de réaction, dans les références

figurant en annexe 9. Pour pouvoir mettre en œuvre les protocoles de traitement, les membres du personnel clinique ont besoin d'une formation spéciale (Cf. normes relatives aux systèmes et infrastructures de santé, page 307). Les individus admis pour recevoir des soins thérapeutiques et qui subissent des tests ou sont suspectés d'être séropositifs doivent avoir un accès égal aux soins s'ils remplissent les critères d'admission. Ceci est également applicable aux cas de tuberculose. Les PVS qui ne satisfont pas les critères d'admission requièrent souvent un soutien nutritionnel, mais la meilleure manière de l'offrir n'est pas dans le contexte d'un traitement pour une malnutrition grave dans les situations de catastrophe. Ces individus et leurs familles respectives devront être soutenus au moyen d'une gamme de services, dont des soins basés au sein de la communauté, des centres de traitement de la tuberculose et des programmes de prévention ciblant la transmission de la mère à l'enfant.

8. Soutien de l'allaitement au sein et soutien psychosocial: les mères qui allaitent ont besoin d'une attention spéciale pour les aider à assurer l'allaitement et l'alimentation optimale des nourrissons et des enfants en bas âge. Un espace réservé à l'allaitement peut être mis en place à cet effet. La stimulation affective et physique au travers du jeu est importante pour les enfants souffrant de malnutrition grave durant la période de réhabilitation. Les personnes dispensant des soins à des enfants souffrant de malnutrition grave ont souvent besoin d'un soutien social et psychosocial pour faire traiter leurs enfants. On peut y parvenir au travers de travaux de proximité et de programmes de mobilisation (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général).

9. Personnes dispensant les soins: il faut donner à toutes les personnes dispensant des soins à des individus souffrant de malnutrition grave les moyens de les alimenter et de les soigner durant le traitement, en leur offrant des conseils, des démonstrations et des informations en matière de santé et de nutrition. Les membres du personnel des programmes doivent être conscients de ce que les discussions avec les personnes chargées des soins peuvent dévoiler des violations individuelles des droits de l'homme (par ex. fait d'affamer délibérément les populations par les parties combattantes) et ils doivent suivre une formation dans les procédures destinées à faire face aux situations de ce type.

Norme 3 relative à la correction de la malnutrition: malnutrition en micronutriments

Les carences en micronutriments sont abordées.

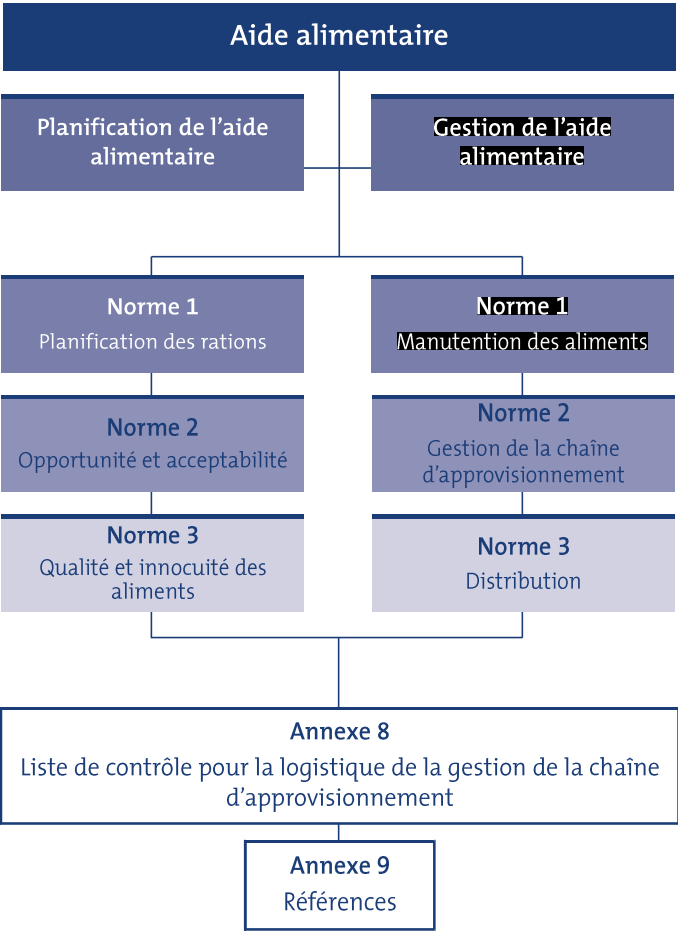
Indicateurs clés (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Tous les cas cliniques de maladies liées à des carences sont traités conformément aux protocoles de l'OMS relatifs à la supplémentation en micronutriments (Cf. note d'orientation 1).
- Des procédures sont établies pour répondre efficacement aux carences en micronutriments susceptibles d'affecter la population (Cf. note d'orientation 2).
- Les membres du personnel sanitaire suivent une formation sur la manière d'identifier et de traiter les carences en micronutriments qui représentent le risque le plus important pour la population (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

1. Diagnostic et traitement: le diagnostic de certaines carences en micronutriments est possible au travers d'un simple examen clinique. Les indicateurs de ces carences peuvent ensuite être incorporés dans des systèmes de surveillance de la santé ou de la nutrition, mais il est nécessaire de dispenser une formation rigoureuse aux membres du personnel pour veiller à ce que l'évaluation soit exacte. Il y a d'autres carences en micronutriments que l'on ne peut identifier qu'au travers d'un examen biochimique. La définition de tels cas est problématique et, dans les situations d'urgence, elle ne peut souvent être déterminée que par la réaction à la supplémentation des individus qui se présentent d'eux-mêmes au personnel sanitaire. Le traitement des personnes présentant des carences en micronutriments ou de celles risquant des carences du fait de maladies devra avoir lieu dans le cadre du système de santé et des programmes d'alimentation.

2. État de préparation: on propose des stratégies de prévention des carences en micronutriments dans la norme 1 relative au soutien nutritionnel général. On peut également faire un travail de prévention en réduisant l'incidence de maladies comme les infections respiratoires aiguës, la rougeole, les infections parasitaires, le paludisme et la diarrhée, qui diminuent les réserves de micronutriments (Cf. normes relatives à la lutte contre les maladies transmissibles, page 325). Le traitement des carences supposera la recherche active des cas et le développement de définitions des cas et de protocoles pour le traitement.



4 Normes minimales dans le secteur de l'aide alimentaire

Si le moyen normal qu'emploie une communauté pour accéder à la nourriture est compromis par une catastrophe (par exemple, perte des cultures due à une catastrophe naturelle, efforts délibérés pour affamer la population dans le cadre d'un conflit armé, réquisition de la nourriture par des soldats, ou déplacement forcé ou non forcé), il sera peut-être nécessaire de lancer une intervention d'aide alimentaire afin de subvenir aux besoins vitaux, de protéger ou de restaurer l'autosuffisance des personnes, et de réduire la nécessité pour elles d'adopter des stratégies d'adaptation potentiellement préjudiciables.

Chaque fois qu'une analyse détermine que l'aide alimentaire est une intervention appropriée, cette aide devra être entreprise d'une façon qui satisfait les besoins à court terme, mais aussi, dans la mesure du possible, qui contribue à restaurer la sécurité alimentaire à long terme. Les aspects suivants devront être pris en compte:

- Les distributions générales (gratuites) ne sont introduites que lorsqu'elles sont absolument nécessaires, elles ciblent ceux qui ont le plus besoin de la nourriture, et elles cessent dès que possible.
- Des rations sèches à préparer à domicile sont fournies dans la mesure du possible. L'alimentation en masse (fourniture de nourriture cuite consommée sur place) n'est organisée que pour une courte période initiale après une catastrophe d'envergure et soudaine ou un mouvement de population, situations dans lesquelles les personnes ne disposent pas des moyens pour cuisiner pour elles-mêmes, ou bien dans une situation d'insécurité où la distribution de rations sèches pourrait mettre les bénéficiaires en situation de risque.

- L'assistance alimentaire destinée aux réfugiés et aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP) se base sur une évaluation préalable de leur situation et de leurs besoins, et non sur leur statut de réfugiés ou de PDIP.
- Les denrées alimentaires ne sont importées que lorsqu'il y a un déficit à l'intérieur du pays ou aucune possibilité pratique de transférer les excédents disponibles vers la zone affectée par la catastrophe.
- Lorsque l'aide alimentaire risque d'être réquisitionnée ou utilisée par des combattants dans un conflit armé, des mesures sont mises en place pour éviter qu'elle n'attise le conflit.

Les dispositions de distribution d'aide alimentaire doivent être tout particulièrement rigoureuses et se prêter à la reddition de comptes, étant donné la valeur importante et le volume élevé dont il s'agit dans la plupart des programmes de secours humanitaires mis en place après une catastrophe. Les systèmes de livraison et de distribution doivent faire l'objet d'un suivi à chaque étape, y compris au niveau de la communauté. Une évaluation du programme sera effectuée régulièrement, et les conclusions en seront diffusées à toutes les parties prenantes et discutées avec elles, y compris la population affectée.

Les six normes relatives à l'aide alimentaire sont divisées en deux sous-catégories. La section "Planification de l'aide alimentaire" englobe la planification des rations, l'opportunité et l'acceptabilité de la nourriture, et son innocuité. La section "Gestion de l'aide alimentaire" traite de la manutention des aliments, de la gestion de la chaîne d'approvisionnement et de la distribution. L'annexe 8, en fin de chapitre, propose une liste de contrôle pour les aspects logistiques de la gestion de la chaîne d'approvisionnement.

i) Planification de l'aide alimentaire

L'évaluation initiale et l'analyse d'une situation d'urgence doivent identifier les propres sources de nourriture et de revenus des personnes, ainsi que toute menace éventuelle pesant sur ces sources. Elles doivent déterminer si une aide alimentaire est requise pour veiller à ce que les personnes soient en mesure de maintenir un état nutritionnel adéquat. Lorsqu'il a été établi que la distribution gratuite de nourriture est nécessaire, une ration générale appropriée doit être définie pour permettre aux ménages de pourvoir à leurs besoins nutritionnels, en tenant compte des aliments qu'ils peuvent se procurer eux-mêmes sans adopter des stratégies d'adaptation préjudiciables (Cf. norme 1 relative à l'analyse de la sécurité alimentaire, note d'orientation 3, page 134, et norme 1 relative à la sécurité alimentaire, note d'orientation 3, page 145).

Lorsqu'un programme d'alimentation complémentaire (PAC) se révèle nécessaire, une ration complémentaire appropriée doit être établie. Dans ce cas, la ration du PAC vient s'ajouter à toute ration générale à laquelle ont droit les individus (Cf. norme 1 relative à la correction de la malnutrition, note d'orientation 1, page 174).

Dans tous les cas, les denrées fournies doivent être choisies avec soin, dans le cadre d'une consultation avec la population affectée. Elles doivent être de bonne qualité, sans risques pour la consommation, et appropriées et acceptables pour les bénéficiaires.

Norme 1 relative à la planification de l'aide alimentaire: planification des rations

Les rations destinées aux distributions générales de nourriture sont conçues pour combler la lacune entre les besoins de la population affectée et ses propres ressources alimentaires.

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

- Les rations destinées à la distribution générale sont conçues sur la base des exigences standard de la planification initiale concernant la valeur énergétique, les protéines, les matières grasses et les micronutriments, exigences qui peuvent être ajustées au besoin selon la situation locale (Cf. note d'orientation 1 ; Cf. également normes

relatives au soutien nutritionnel général, pages 163-172 et annexe 7).

- La ration distribuée réduit ou élimine la nécessité pour les personnes affectées par la catastrophe d'adopter des stratégies d'adaptation préjudiciables.
- Lorsque c'est utile, la valeur de la ration sur le plan du transfert économique est calculée et est appropriée pour la situation locale (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

1. Besoins nutritionnels: lorsque les personnes ont été déplacées et n'ont accès à aucun aliment, la ration distribuée doit satisfaire la totalité de leurs besoins nutritionnels. Cependant, la plupart des populations affectées par une catastrophe sont en mesure de se procurer quelques aliments par leurs propres moyens. Les rations devront donc être planifiées de manière à combler l'écart entre les besoins nutritionnels et ce que les personnes peuvent se procurer elles-mêmes. Ainsi, si le besoin standard est de 2.100 kcal/personne/par jour, et que l'évaluation initiale détermine que les membres de la population cible peuvent, en moyenne, se procurer 500 kcal/personne/jour par leurs propres efforts ou ressources, la ration devra être conçue pour fournir $2.100 - 500 = 1.600$ kcal/personne/jour. Des calculs similaires seront effectués pour ce qui est des matières grasses et des protéines. Des estimations convenues doivent être établies pour les quantités moyennes de nourriture auxquelles les personnes ont accès (Cf. norme relative à l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire, page 132).

2. Contexte économique: lorsqu'il y a peu ou pas de nourriture disponible et que l'on peut s'attendre à ce que les personnes consomment toute (ou presque toute) la nourriture distribuée, la ration sera conçue strictement sur la base de critères nutritionnels, en prenant en compte les questions d'acceptabilité et le rapport coût-efficacité. Lorsque d'autres aliments sont disponibles et que l'on peut s'attendre à ce que les bénéficiaires échangent une partie de leur ration contre ces aliments, la valeur de transfert de la ration acquiert une importance. La valeur de transfert est la valeur de la ration sur le marché local, c'est-à-dire ce qu'il coûterait d'acheter les mêmes quantités des mêmes aliments sur le marché local.

Norme 2 relative à la planification de l'aide alimentaire: opportunité et acceptabilité

Les articles alimentaires fournis sont appropriés et acceptables pour les bénéficiaires et peuvent être utilisés efficacement au niveau du ménage.

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

- Les personnes sont consultées durant l'évaluation initiale ou la conception du programme sur l'acceptabilité, le caractère familial et l'opportunité des articles alimentaires, et les résultats sont pris en compte lors de la prise de décisions dans le cadre du programme sur le choix des denrées (Cf. note d'orientation 1).
- Lorsqu'un aliment inconnu est distribué, on donne aux femmes et aux autres personnes chargées de la préparation des repas des instructions, de préférence dans la langue locale, sur la manière de préparer cet aliment d'une manière acceptable au niveau local, avec une perte minimale de ses qualités nutritionnelles (Cf. note d'orientation 1).
- L'aptitude des personnes à accéder au combustible et à de l'eau pour la cuisson des aliments, les durées de cuisson et la nécessité de trempage sont prises en compte au moment de sélectionner les denrées distribuées (Cf. note d'orientation 2).
- Lorsqu'une céréale complète est distribuée, les bénéficiaires ont les moyens de la moudre ou de la transformer de manière traditionnelle, à domicile, ou bien ils ont accès à des services adéquats de mouture ou de transformation relativement proches de leur lieu d'habitation (Cf. note d'orientation 3).
- Les personnes ont accès à des produits importants sur le plan culturel, y compris des condiments (Cf. note d'orientation 4).
- Il n'y a pas de distribution de lait en poudre gratuit ou subventionné ou de lait liquide comme denrée isolée (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

- 1. Caractère familial et acceptabilité:** bien que la valeur nutritionnelle soit la principale considération lors du choix de denrées pour un panier alimentaire, les aliments distribués devront être connus des bénéficiaires et conformes à leurs traditions religieuses et culturelles, y compris les tabous éventuels pour les femmes enceintes ou allaitantes. Dans les rapports d'évaluation et les demandes présentés aux bailleurs de fonds, il faudra expliquer les raisons du choix de certaines denrées ou de l'exclusion d'autres. Lorsqu'il y a des besoins aigus pour survivre et qu'il n'y a pas d'accès à des installations de cuisine, il faut fournir des aliments prêts à la consommation. Dans ces circonstances, il n'y aura parfois d'autre option pratique que celle de fournir des aliments inconnus. Ce n'est que dans ces cas qu'il faudra envisager des "rations d'urgence" spéciales.
- 2. Besoins en combustibles:** lors de l'évaluation initiale des besoins alimentaires, il faut entreprendre une évaluation de la situation du combustible afin de veiller à ce que les bénéficiaires soient en mesure de faire suffisamment cuire la nourriture pour éviter des effets préjudiciables sur leur santé ; il faut également vérifier qu'une collecte excessive de bois de chauffe n'entraînera pas une dégradation de l'environnement. Lorsque c'est nécessaire, des combustibles appropriés seront fournis, ou bien un programme de collecte de bois sera mis sur pied. Dans ce cas, la collecte du bois de chauffe, souvent assurée par les femmes et les enfants, devra être surveillée. De manière générale, on fournira des produits qui n'exigent pas un temps de cuisson long, ni l'utilisation de grandes quantités d'eau. La fourniture de grains moulus ou de moulins à grains réduira les temps de cuisson et la quantité de combustible requise.
- 3. Traitement des grains:** la mouture est une préoccupation particulière pour le maïs, car le maïs entier moulu a une durée de conservation de 6 à 8 semaines seulement. Il est donc préférable qu'elle ait lieu peu avant la consommation. Lorsque la mouture au niveau du ménage fait partie de la tradition des bénéficiaires, des grains complets peuvent être distribués. Les grains complets présentent comme avantage une plus longue durée de conservation et peuvent comporter une valeur économique supérieure pour les bénéficiaires. Autrement, on peut

fournir des services de mouture commerciale à taux d'extraction faible afin d'enlever le germe, l'huile et les enzymes, causes de la rancidité. Ceci accroît considérablement la durée de conservation du grain, mais réduit dans le même temps sa teneur en protéines. Les lois nationales relatives à l'importation et à la distribution des grains complets doivent être observées.

4. Articles importants sur le plan culturel: l'évaluation devra 1) identifier les condiments importants sur le plan culturel et les autres produits alimentaires qui constituent une partie essentielle des habitudes alimentaires quotidiennes, et 2) déterminer l'accès qu'ont les personnes à ces articles. Le panier alimentaire devra être conçu en conséquence, en particulier dans les endroits où les personnes dépendront longtemps des rations distribuées.

5. Le lait: le lait en poudre ou liquide distribué comme denrée isolée (y compris le lait destiné à être mélangé au thé) ne sera pas inclus dans un programme de distribution générale de nourriture ou d'alimentation complémentaire à emporter, car son utilisation inconsidérée pourrait entraîner de graves dangers pour la santé. Ceci est tout particulièrement important dans le cas des jeunes enfants, pour lesquels les risques dus à une dilution incorrecte et à la contamination microbienne sont très importants (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 167).

Norme 3 relative à la planification de l'aide alimentaire: qualité et innocuité de la nourriture

La nourriture distribuée est de qualité appropriée et est propre à la consommation humaine.

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

- Les denrées alimentaires sont conformes aux normes nationales (du pays récipiendaire) et aux autres normes internationalement acceptées (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Tous les aliments emballés importés ont une durée de conservation

minimale de six mois à leur arrivée dans le pays et sont distribués avant la date de péremption ou largement avant la période limite d'utilisation (Cf. note d'orientation 1).

- Il n'y a pas de plaintes vérifiables concernant la qualité de la nourriture distribuée (Cf. note d'orientation 3).
- L'emballage des aliments est solide, pratique pour la manutention, l'entreposage et la distribution, et ne constitue pas un danger pour l'environnement (Cf. note d'orientation 4).
- Les paquets d'aliments sont étiquetés dans une langue appropriée avec, pour les aliments emballés, la date de production, la date limite d'utilisation et une description détaillée de la teneur en nutriments.
- Les conditions d'entreposage sont adéquates et appropriées, les entrepôts sont bien gérés, et des vérifications systématiques de la qualité des aliments sont effectuées dans tous les sites (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. Qualité de la nourriture: les aliments doivent être conformes aux normes alimentaires du gouvernement récipiendaire et/ou aux normes du Codex Alimentarius pour ce qui est de la qualité, de l'emballage, de l'étiquetage, de la durée de conservation, etc. Des échantillons devront être systématiquement vérifiés au point de livraison par le fournisseur pour veiller à ce que leur qualité soit appropriée. Dans la mesure du possible, les denrées achetées (soit au niveau local soit importées) seront accompagnées de certificats phytosanitaires ou autres certificats d'inspection qui confirment qu'elles sont propres à la consommation humaine. Les tests d'échantillons aléatoires devront être effectués sur les stocks à l'intérieur du pays pour vérifier qu'ils continuent d'être propres à la consommation humaine. Lorsqu'il s'agit de grandes quantités ou qu'il y a des doutes et qu'il pourrait y avoir des contestations sur la qualité, des inspecteurs indépendants de la qualité devront examiner l'arrivage. On pourra obtenir les informations sur l'âge et la qualité d'arrivages spécifiques de nourriture à partir des certificats des

fournisseurs, des rapports d'inspection du contrôle de la qualité, des étiquettes des paquets, des rapports des entrepôts, etc.

- 2. Aliments transgéniques:** la réglementation nationale concernant la réception et l'utilisation d'aliments transgéniques doit être comprise et respectée. L'aide alimentaire externe tiendra compte de cette réglementation lors de la planification de tout programme d'aide alimentaire.
- 3. Plaintes:** les plaintes des bénéficiaires concernant la qualité de la nourriture seront suivies rapidement et traitées de manière transparente et équitable.
- 4. Emballage:** dans la mesure du possible, l'emballage devra permettre la distribution directe des produits, sans qu'il faille les réemballer.
- 5. Zones d'entreposage:** elles doivent être sèches et hygiéniques, suffisamment protégées des intempéries et non contaminées par des résidus chimiques ou autres. Elles devront également être protégées, autant que possible, contre les animaux nuisibles comme les insectes et les rongeurs. Cf. également norme 2 relative à la gestion de l'aide alimentaire, page 197.

ii) Gestion de l'aide alimentaire

Le but de la gestion de l'aide alimentaire est de fournir de la nourriture aux personnes qui en ont le plus besoin. De façon générale, il s'agit de fournir les bons produits, au bon endroit, en bon état, au bon moment et au prix juste, avec des pertes minimales dues à la manutention.

Le poids et le volume de l'aide alimentaire requise pour subvenir aux besoins d'une population importante gravement affectée par une catastrophe peuvent se monter à des milliers de tonnes. Le mouvement physique des denrées alimentaires vers les points de distribution peut supposer un réseau étendu d'acheteurs, d'agents transitaires, de transporteurs et de bénéficiaires, et des manipulations et transferts multiples d'un mode de transport à l'autre. Ces réseaux, ou chaînes d'approvisionnement, sont formés en utilisant une série de contrats et d'accords, qui définissent les rôles et les responsabilités, et établissent

des obligations et des droits d'indemnisation, entre les parties des contrats. Tout ceci requiert des procédures correctes et transparentes qui contribuent à l'établissement de la reddition de comptes.

Pour mettre sur pied et gérer la chaîne d'approvisionnement, il faut une coopération entre les bailleurs de fonds, le gouvernement récipiendaire, les acteurs humanitaires, les autorités locales, les divers prestataires de services et les organisations communautaires locales intervenant dans le programme d'aide alimentaire. Chaque partie aura des rôles et des responsabilités spécifiques en tant que lien, ou série de liens, dans la chaîne d'approvisionnement. Comme une chaîne n'est jamais aussi forte que son maillon le plus faible, toutes les parties prenant part à la logistique de l'aide alimentaire se partagent la responsabilité de maintenir le flot de denrées en quantité suffisante pour atteindre les cibles et les calendriers des distributions.

L'équité du processus de distribution revêt une importance primordiale, et la participation des membres de la population affectée par la catastrophe à la prise de décisions et à la mise en œuvre de ce processus est essentielle. Les personnes devront être informées de la quantité et du type de rations alimentaires qui seront distribuées, et elles doivent se sentir convaincues que le processus de distribution est juste et qu'elles reçoivent ce qui leur a été promis. Toute différence entre les rations fournies aux différents groupes doit être expliquée et comprise.

Norme 1 relative à la gestion de l'aide alimentaire: manutention de la nourriture

La nourriture est entreposée, préparée et consommée de manière sûre et appropriée aux niveaux du ménage et de la communauté.

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

- Il n'y a pas d'effets négatifs sur la santé découlant d'une manutention ou d'une préparation inadéquates de la nourriture sur les sites de distribution éventuels (Cf. note d'orientation 1).

- Les bénéficiaires d'aide alimentaire sont informés sur l'importance de l'hygiène alimentaire et la comprennent (Cf. note d'orientation 1).
- Il n'y a pas de plaintes concernant les difficultés liées à l'entreposage, la préparation, la cuisson ou la consommation de la nourriture distribuée (Cf. note d'orientation 2).
- Tous les ménages ont accès à des ustensiles de cuisine, à du combustible et à du matériel d'hygiène appropriés (Cf. notes d'orientation 3-4).
- Les personnes qui ne sont pas en mesure de préparer la nourriture ou de s'alimenter seules ont accès à une personne qui peut s'occuper d'elles, leur préparer des aliments appropriés au bon moment et leur donner à manger au besoin (Cf. notes d'orientation 4-5).
- Lorsque la nourriture est distribuée déjà cuite, les membres du personnel ont suivi une formation concernant l'entreposage sûr, la manutention des denrées et la préparation de la nourriture, et comprennent les dangers sanitaires potentiels dus à des pratiques incorrectes.

Notes d'orientation

1. Hygiène alimentaire: le changement de circonstances peut perturber les pratiques habituelles des populations en matière d'hygiène. Il peut donc s'avérer nécessaire de promouvoir l'hygiène alimentaire et de soutenir activement des mesures compatibles avec les conditions et les caractéristiques des maladies au niveau local, par exemple en insistant sur l'importance de se laver les mains avant de manipuler la nourriture, d'éviter la contamination de l'eau, de prendre des mesures de lutte contre les animaux et insectes nuisibles, etc. L'entreposage des aliments de façon sûre au niveau du ménage sera clairement expliqué aux intéressés, et les personnes chargées de dispenser des soins recevront des informations sur l'utilisation optimale des ressources du ménage pour l'alimentation des enfants et sur les méthodes sûres de préparation des aliments (Cf. norme relative à la promotion de l'hygiène, page 70).

- 2. Sources d'information:** elles peuvent être, entre autres, les systèmes de suivi du programme, des discussions en groupe de réflexion avec les bénéficiaires et des enquêtes rapides parmi les ménages.
- 3. Articles ménagers et combustible:** chaque ménage doit avoir accès à au moins une casserole, à des récipients d'une capacité de 40 litres pour emmagasiner l'eau, à 250 g de savon par personne et par mois, et à une quantité adéquate de combustible pour préparer la nourriture. Si l'accès au combustible de cuisine est limité, il faudra distribuer des aliments demandant un court temps de cuisson. Si ceci n'est pas possible, des sources externes d'approvisionnement en combustible devront être établies pour combler le manque (Cf. norme 3 relative à l'approvisionnement en eau, page 81, et normes 2-4 relatives aux articles non alimentaires, pages 274-279).
- 4. L'accès aux moulins** et autre matériel de traitement des aliments, ainsi qu'à de l'eau salubre, est très important dans la mesure où il permet aux personnes de préparer des aliments sous la forme qui leur convient le mieux et également d'avoir plus de temps à consacrer à d'autres activités productives. Les personnes chargées de dispenser des soins qui doivent attendre ces services trop longtemps pourraient plutôt consacrer ce temps à préparer des aliments, à nourrir des enfants ou à entreprendre d'autres tâches ayant un effet positif sur les résultats nutritionnels et/ou l'autonomie à long terme. Le traitement des aliments au niveau du ménage (y compris la mouture) peut réduire le temps (ainsi que les quantités d'eau et de combustible) requis pour la cuisson.
- 5. Besoins spéciaux:** bien que cette liste ne soit pas exhaustive, parmi ceux qui ont besoin d'une assistance pour s'alimenter figurent en général les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida. Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 167).

Norme 2 relative à la gestion de l'aide alimentaire: gestion de la chaîne d'approvisionnement

Les ressources d'aide alimentaire (denrées et fonds de soutien) sont bien gérées, au moyen de systèmes transparents et réceptifs aux besoins.

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

- Les ressources d'aide alimentaire parviennent aux bénéficiaires prévus.
- Les capacités et les infrastructures logistiques relatives à la gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA) au niveau local sont évaluées, et un système de GCA coordonné et efficace est établi, en utilisant la capacité locale lorsque c'est possible (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Dans le cadre de l'évaluation, on examine la disponibilité de denrées alimentaires obtenues au niveau local (Cf. note d'orientation 3).
- L'octroi de contrats pour les services de GCA est transparent, juste et ouvert (Cf. note d'orientation 4).
- Le personnel, à tous les niveaux du système de GCA, a suivi une formation adéquate et observe les procédures relatives à la qualité et l'innocuité de la nourriture (Cf. note d'orientation 5).
- Des systèmes appropriés financiers, d'inventaire et de présentation de rapports sont en place pour assurer la reddition de comptes à tous les niveaux du système de GCA (Cf. notes d'orientation 6-7).
- On prend soin de réduire les pertes au minimum, notamment dues au vol, et on rend compte de toutes les pertes éventuelles (Cf. notes d'orientation 8-10).
- Le système de contrôle de la filière d'approvisionnement en nourriture ("food pipeline") fait l'objet d'un suivi et d'une gestion de manière à éviter toute interruption de la distribution (Cf. note d'orientation 11).

- Des informations sur les performances de la chaîne d'approvisionnement sont fournies à toutes les parties prenantes, ce de manière régulière (Cf. note d'orientation 12).

Notes d'orientation

- 1. Gestion de la chaîne d'approvisionnement (GCA):** il s'agit d'une approche intégrée de la logistique en matière d'aide alimentaire. Elle commence par le choix des denrées et se poursuit par la recherche de fournisseurs, l'achat, l'assurance de la qualité, l'emballage, l'expédition, le transport, l'entreposage, la gestion de l'inventaire, l'assurance, etc. La chaîne fait intervenir de nombreux acteurs différents, et il est important que leurs activités soient coordonnées. Des pratiques appropriées de gestion et de suivi devront être adoptées pour veiller à ce que toutes les denrées soient sauvegardées jusqu'à leur distribution aux ménages récipiendaires.
- 2. Utilisation des services locaux:** on effectuera une évaluation de la disponibilité et de la fiabilité des capacités locales avant de rechercher des fournisseurs en dehors de la zone. Des transporteurs et transitaires locaux ou régionaux ayant bonne réputation peuvent être engagés pour fournir des services de logistique. Ces agents sont dotés de connaissances précieuses sur les règlements, les procédures et les services locaux, et peuvent contribuer à garantir la conformité avec les lois du pays d'accueil, tout en accélérant les opérations de livraison.
- 3. Recherche de fournisseurs locaux ou importation:** il faut évaluer la disponibilité des denrées alimentaires au niveau local, et les conséquences pour les systèmes de production et des marchés locaux de l'achat de nourriture à des fournisseurs locaux ou importée (Cf. norme relative à l'évaluation initiale et à l'analyse de la sécurité alimentaire, page 132, norme 2 relative à la sécurité alimentaire, page 147, et norme 4 relative à la sécurité alimentaire, page 156). Lorsqu'il y a plusieurs organisations différentes engagées dans la fourniture de nourriture, la recherche de fournisseurs locaux, y compris pour l'achat des produits de base, sera aussi coordonnée que possible. Parmi les autres sources de denrées alimentaires à l'intérieur du pays figureront éventuellement des prêts ou réaffectations provenant de programmes d'aide alimentaire

existants ou de réserves céréalières nationales, et des prêts de fournisseurs commerciaux, ou des échanges avec ceux-ci.

- 4. Impartialité:** des procédures de passation de contrat justes et transparentes sont essentielles pour éviter tout soupçon de favoritisme ou de corruption. Les emballages de l'aide alimentaire ne porteront aucun message politiquement ou religieusement motivé, ni de nature à causer une discorde.
- 5. Compétences et formation:** il faudra mobiliser des praticiens de la GCA et des responsables de l'aide alimentaire expérimentés pour mettre sur pied le système de GCA et former le personnel. Parmi les types de connaissances spécialisées utiles figurent la gestion des contrats, la gestion du transport et de l'entreposage, la gestion des inventaires, l'analyse du "food pipeline" (système de contrôle de la filière d'approvisionnement en nourriture) et la gestion de l'information, le suivi des cargaisons, la gestion des importations, etc. Lorsqu'une formation est dispensée, elle englobera le personnel des organisations partenaires.
- 6. Présentation de rapports:** la plupart des donateurs d'aide alimentaire ont des exigences spécifiques relatives à la présentation de rapports ; les responsables de la chaîne d'approvisionnement devront être au fait de ces exigences et établir des systèmes qui y répondent, tout en satisfaisant les besoins de la gestion quotidienne. Il s'agira entre autres de signaler rapidement tout retard ou écart dans la chaîne d'approvisionnement. Les informations sur le "food pipeline" et autres rapports de GCA seront diffusés de manière transparente.
- 7. Documentation:** un stock suffisant de documentation et de formulaires (récépissés, livres d'inventaire, formulaires de comptes rendus, etc.) sera disponible dans tous les lieux où l'aide alimentaire est reçue, entreposée, et/ou expédiée afin de maintenir une piste de vérification documentée des transactions.
- 8. Entreposage:** des entrepôts dédiés (exclusivement destinés à la nourriture) sont préférables à des installations partagées. Lors de la sélection d'un entrepôt, il faut établir qu'aucun produit dangereux n'a précédemment été entreposé à cet endroit et qu'il n'y a pas de risque de contamination. Parmi les autres facteurs à prendre en compte figurent la sécurité, la capacité, la facilité d'accès, la solidité (du toit, des murs, des portes et du sol) et l'absence de risque d'inondation.

9. Élimination des denrées impropres à la consommation humaine:

les denrées endommagées devront être contrôlées par des inspecteurs qualifiés, comme des médecins, des laboratoires de santé publique, etc. pour les certifier comme propres ou non à la consommation humaine. Parmi les méthodes d'élimination des denrées inadaptées figureront éventuellement leur vente pour en faire des aliments pour animaux, l'enfouissement ou l'incinération. Dans le cas de leur transformation éventuelle en aliments pour animaux, il faut obtenir la certification que la denrée est adaptée à cet usage. Dans tous les cas, il faut veiller à ce qu'aucune des denrées impropres ne réintègre la chaîne d'approvisionnement alimentaire humaine ou animale, et à ce que leur élimination ne nuise pas à l'environnement ni ne contamine les sources d'eau environnantes.

10. Menaces pesant sur la chaîne d'approvisionnement:

dans une situation de conflit armé, il est possible que l'aide alimentaire soit pillée ou réquisitionnée par les parties combattantes ; il faut donc prendre en considération la sécurité des itinéraires de transport et des entrepôts. Dans toutes les situations de catastrophe, il existe un potentiel de pertes dues au vol, ce à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement ; par conséquent, il est recommandé de mettre en place et de surveiller des systèmes de contrôle à tous les points d'entreposage, de transfert et de distribution afin de réduire ce risque au minimum. Des systèmes internes de contrôle devront assurer la division des obligations/responsabilités afin de réduire le risque de collusion. Les stocks seront vérifiés régulièrement afin de détecter tout détournement de nourriture. Si un détournement est découvert, des mesures seront prises non seulement pour s'assurer de l'intégrité de la chaîne d'approvisionnement, mais aussi pour analyser et aborder les conséquences plus générales sur les plans politique et de la sécurité (conflit armé attisé par le détournement de stocks, par exemple).

11. Analyse du système de contrôle de la filière d'approvisionnement en nourriture ("food pipeline"):

il faut effectuer une analyse régulière du "food pipeline" et partager les informations utiles sur les niveaux de stock, les arrivages prévus, les distributions, etc. parmi toutes les entités intervenant dans la chaîne d'approvisionnement. Le "pistage" (ou tracking) et la prévision régulières des niveaux de stock tout le long de la chaîne d'approvisionnement devraient mettre en lumière les

manques ou problèmes anticipés suffisamment à l'avance pour que l'on puisse trouver des solutions.

- 12. Fourniture d'informations:** il faudra envisager d'utiliser les médias locaux ou les méthodes traditionnelles de diffusion des nouvelles afin de maintenir la population informée de l'approvisionnement en nourriture et des opérations. On renforcera ainsi la transparence. On pourra s'assurer le concours des groupes de femmes pour contribuer à fournir à la communauté des informations sur les programmes d'aide alimentaire.

Norme 3 relative à la gestion de l'aide alimentaire : distribution

La méthode de distribution de nourriture est réceptive aux besoins, transparente, équitable et appropriée pour les conditions locales.

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

- Les bénéficiaires de l'aide alimentaire sont identifiés et ciblés sur la base de leurs besoins, par le biais d'une évaluation effectuée au travers d'une consultation avec les parties prenantes, y compris les groupes communautaires (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Des méthodes de distribution efficaces et équitables sont conçues dans le cadre d'une consultation avec les groupes locaux et les organisations partenaires, et elles font participer les divers groupes bénéficiaires (Cf. notes d'orientation 1-3).
- Le point de distribution est aussi proche que possible des foyers des bénéficiaires, ce afin de leur garantir un accès facile et en toute sécurité (Cf. notes d'orientation 4-5).
- Les bénéficiaires sont informés bien à l'avance de la qualité et de la quantité de la ration alimentaire et du plan de distribution (Cf. notes d'orientation 6-7).
- Les performances et l'efficacité du programme d'aide alimentaire sont correctement suivies et évaluées (Cf. note d'orientation 8).

Notes d'orientation

- 1. Ciblage:** l'aide alimentaire doit être ciblée de manière à satisfaire les besoins des membres les plus vulnérables de la communauté, sans discrimination sur la base du sexe, des handicaps, des croyances religieuses ou des origines ethniques, etc. La sélection des agents de distribution se basera sur leur impartialité, leur capacité et leur bonne disposition à rendre des comptes. Les agents de distribution pourront être des aînés locaux, des comités chargés d'organiser les secours et élus au niveau local, des institutions locales, des ONG locales, ou encore des autorités gouvernementales ou des ONG internationales (Cf. normes relatives à la participation et à l'évaluation initiale, pages 32-38, et norme relative au ciblage, page 41).
- 2. Inscription:** l'inscription formelle des ménages recevant une aide alimentaire aura lieu dès que possible, et sera mise à jour selon les besoins. Les listes dressées par les autorités locales et les listes de familles établies par la communauté pourront s'avérer utiles, et la participation des femmes de la population affectée à ce processus est à encourager. Les femmes devront avoir le droit de s'inscrire sous leur propre nom si elles le souhaitent. Il faut veiller à ce que les ménages qui ont à leur tête des femmes ou des adolescents et les autres personnes vulnérables ne soient pas omis des listes de distribution. S'il n'est pas possible de procéder aux inscriptions durant les étapes initiales de l'urgence, il faudra les effectuer dès que la situation se sera stabilisée. Ceci est tout particulièrement important lorsqu'une aide alimentaire est requise durant une longue période.
- 3. Méthodes de distribution:** la plupart des méthodes de distribution évoluent avec le temps. Durant les étapes initiales, la seule méthode faisable sera peut-être de procéder à des distributions générales basées sur des listes de familles ou des estimations de la population fournies par les communautés locales. Tout système quel qu'il soit devra être suivi de près pour veiller à ce que la nourriture parvienne aux bénéficiaires prévus et à ce que le système soit juste et équitable. Il faudra accorder une importance particulière à l'accessibilité du programme aux groupes vulnérables. Toutefois, les tentatives en vue de cibler les groupes vulnérables ne doivent pas stigmatiser encore plus ces groupes. Ce problème peut particulièrement affecter les populations qui ont un grand

nombre de membres vivant avec le VIH/sida (Cf. normes relatives à la participation, au ciblage, au suivi et à l'évaluation, chapitre 1).

4. Points de distribution: ils seront établis en priorité dans des endroits sûrs et pratiques pour les bénéficiaires, et pas seulement sur la base de leur commodité logistique pour l'organisation chargée de la distribution. La fréquence de la distribution et le nombre de points de distribution devront prendre en compte le temps passé par les bénéficiaires à faire les aller-retour vers les centres, et les aspects pratiques et le coût du transport des denrées. Il ne faut pas forcer les bénéficiaires à parcourir de longues distances pour aller chercher les rations, et les distributions doivent être planifiées de manière à avoir lieu à des moments pratiques afin de perturber le moins possible les activités quotidiennes. Des espaces d'attente et de l'eau potable seront offerts aux points de distribution (Cf. normes 1-2 relatives à la correction de la malnutrition, pages 174-178).

5. Réduire au minimum les risques en matière de sécurité: la nourriture est un produit précieux, et sa distribution peut donner lieu à des risques en matière de sécurité, y compris le risque de détournement et la possibilité de violence. Lorsque la nourriture est peu abondante, il peut régner une tension importante lors des livraisons. Il est possible que les femmes, les enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées ne soient pas en mesure de se procurer ce à quoi ils ont droit, ou qu'ils se le fassent prendre par la force. Les risques doivent être évalués à l'avance, et il faut prendre des mesures afin de les réduire au minimum. Parmi ces mesures pourront figurer la supervision adéquate des distributions et la surveillance des points de distribution, y compris par la police locale lorsque c'est approprié. Il faudra peut-être également prendre des mesures afin de prévenir, de suivre et de réagir face aux maux associés à la distribution de nourriture, tels que la violence contre l'un ou l'autre sexe (dite aussi "sexiste") ou l'exploitation sexuelle.

6. Diffusion des informations: les bénéficiaires seront informés des aspects suivants:

- la quantité et le type de la ration qui sera distribuée et les raisons des différences éventuelles par rapport aux normes établies ;
- le plan de distribution (jour, heure, lieu, fréquence) et les changements

effectués, s'il y a lieu, du fait de circonstances extérieures ;

- la qualité nutritionnelle de la nourriture et, au besoin, l'attention spéciale requise pour en protéger la valeur nutritionnelle ;
- les exigences concernant la manutention et l'utilisation sûres des denrées alimentaires.

7. Changements apportés au programme: les changements apportés au panier alimentaire ou à la ration suite au manque de nourriture feront l'objet de discussions avec les bénéficiaires, au travers de comités de distribution ou de leaders communautaires, et une marche à suivre sera élaborée conjointement. Le comité de distribution devra informer la population des changements et des raisons de ces derniers, du temps que dureront ces changements, et du moment où la distribution des rations normales recommencera. Il est essentiel de communiquer clairement ce que les personnes devraient recevoir. Par exemple, les quantités des rations devront être affichées bien en évidence sur les sites de distribution, écrites dans la langue locale et/ou représentées par des images, pour que les personnes aient conscience de ce à quoi elles ont droit.

8. Suivi et évaluation de la distribution d'aide alimentaire: ils seront effectués à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement. Aux points de distribution, un pesage aléatoire des rations collectées par les ménages sera effectué pour mesurer l'exactitude et l'équité de la gestion de la distribution, et on procédera à des entretiens de sortie. Au niveau de la communauté, des visites au hasard à des ménages recevant une aide alimentaire peuvent contribuer à vérifier l'acceptabilité et l'utilité de la ration, et également à identifier les personnes qui satisfont les critères de sélection mais ne reçoivent pas d'aide alimentaire. Les visites de ce type peuvent également permettre de vérifier si des aliments supplémentaires sont reçus et quelle en est l'origine (par exemple suite à la réquisition, au recrutement ou à l'exploitation, sexuelle ou autre). Les effets plus généraux sur le système de distribution alimentaire devront aussi être pris en compte. Ils peuvent englober des conséquences pour le cycle agricole, les activités agricoles, les conditions des marchés et la disponibilité d'intrants agricoles.

Annexe 1

Liste de contrôle relative à la sécurité alimentaire pour la méthodologie et la présentation de rapports

Les évaluations initiales de la sécurité alimentaire doivent:

1. comporter une description claire de la méthodologie:
 - conception globale et objectifs ;
 - toile de fond et nombre d'évaluateurs (qu'ils travaillent individuellement ou deux par deux) ;
 - sélection des informateurs clés (sont-ils représentatifs de tous les groupes ?) ;
 - composition des groupes de réflexion ou autres groupes de discussion ;
 - critères de sélection des informateurs ;
 - calendrier de l'évaluation ;
 - cadre pour les outils d'analyse et méthodologiques, y compris les outils et techniques d'ÉRP (Évaluation rurale participative).
2. se baser sur une approche qualitative, y compris l'examen des sources secondaires d'information quantitative.
3. utiliser les termes correctement, par ex. échantillonnage calculé, informateur clé, groupe de réflexion, termes pour les techniques spécifiques.
4. faire intervenir les institutions locales comme partenaires dans le processus d'évaluation, sauf si ce n'est pas approprié, par exemple dans certaines situations de conflit.

5. utiliser une gamme appropriée d'outils et de techniques de PRA (qui sont appliqués dans l'ordre afin d'analyser et de trianguler les conclusions).
6. faire participer un ensemble représentatif de groupes de la population affectée ou bien de groupes formés selon les moyens de subsistance.
7. décrire les limites ou les contraintes pratiques entravant l'évaluation.
8. décrire la couverture de l'évaluation, y compris sa portée géographique, les divers groupes de moyens de subsistance inclus, et autre stratification utile de la population (par ex. par sexe, ethnie, groupe tribal, etc.).
9. englober des entretiens avec des représentants des ministères gouvernementaux et des services publics compétents, des leaders traditionnels, des représentants d'organisations clés de la société civile (groupes religieux, ONG locales, groupes de plaidoyer ou de pression, associations de cultivateurs ou de pastoralistes, groupes de femmes) et des représentants de chacun des groupes de moyen de subsistance pris en considération.

Les conclusions du rapport d'évaluation devront couvrir:

1. l'historique récent de la sécurité alimentaire et les politiques générales la concernant avant la situation actuelle.
2. une description des différents groupes de moyens de subsistance et de leur situation en matière de sécurité alimentaire avant la catastrophe.
3. la sécurité alimentaire pré-catastrophe pour différents groupes de moyens de subsistance.
4. l'impact de la catastrophe sur le système alimentaire et sur la sécurité alimentaire pour différents groupes de moyens de subsistance.

5. l'identification de groupes de moyens de subsistance qui sont tout particulièrement vulnérables ou de ceux qui risquent de souffrir de l'insécurité alimentaire dans la situation actuelle.
6. des suggestions d'interventions, en indiquant les moyens de les mettre en œuvre, de mener un plaidoyer et toute évaluation supplémentaire requise.
7. la nature, la durée et l'objet précis de toute intervention d'aide alimentaire, si une intervention est jugée appropriée. Les interventions d'aide humanitaire doivent être justifiées sur la base des données et de l'analyse décrites précédemment.

Annexe 2

Liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire

Les évaluations initiales de la sécurité alimentaire classent souvent, en gros, les membres de la population affectée en groupements de moyens de subsistance, selon leurs sources de revenus ou de nourriture et leurs stratégies pour se les procurer. Elles peuvent également procéder à une ventilation de la population selon les groupes ou couches de richesse. Il est important de comparer la situation actuelle aux antécédents de la sécurité alimentaire pré-catastrophe. On peut prendre comme base de référence les années dites “moyennes”. Les rôles et vulnérabilités spécifiques des femmes et des hommes, et leurs conséquences pour la sécurité alimentaire des ménages, seront également pris en considération. Il sera peut-être aussi important de prendre en compte les différences de sécurité alimentaire au sein même des ménages.

La liste de contrôle ci-après couvre les domaines généraux qui sont souvent pris en considération lors d'une évaluation initiale de la sécurité alimentaire. Il faut également recueillir des renseignements supplémentaires sur le contexte général de la catastrophe (par ex. son contexte politique, les nombres et mouvements démographiques, etc.) et éventuellement par rapport à d'autres secteurs utiles (nutrition, santé, eau et abris). La liste de contrôle sera adaptée selon le contexte local et les objectifs de l'évaluation initiale. On peut se procurer des listes de contrôle plus détaillées dans l'ouvrage intitulé *Field Operations Guide* (Guide des opérations sur le terrain) d'USAID (1998), par exemple.

Sécurité alimentaire des groupes de moyens de subsistance

1. Y a-t-il des groupes au sein de la communauté qui ont les mêmes stratégies relatives aux moyens de subsistance ? Comment peuvent-ils être classés par catégories en fonction de leurs principales sources de nourriture ou de revenus ?

Sécurité alimentaire pré-catastrophe (référence)

2. Comment les différents groupes de moyens de subsistance se procuraient-ils de la nourriture ou des revenus avant la catastrophe ? Si l'on prend une année moyenne récente, quelles étaient leurs sources de nourriture et de revenus ?
3. Dans quelle mesure ces différentes sources de nourriture et de revenus variaient-elles selon la saison durant une année normale ? (Il pourrait être utile d'établir un calendrier saisonnier).
4. Si l'on repense aux 5 à 10 dernières années, dans quelle mesure la sécurité alimentaire a-t-elle varié d'une année sur l'autre ? (Il pourrait s'avérer utile d'établir un tableau chronologique ou un historique des bonnes et mauvaises années).
5. Quel type de biens, d'économies ou autres réserves les différents groupes de moyens de subsistance possèdent-ils (par ex. réserves alimentaires, économies d'argent, cheptel, investissements, crédit, dettes non réclamées, etc.) ?
6. Sur une période d'une semaine ou d'un mois, quels sont les éléments des dépenses du ménage, et quel est le pourcentage consacré à chaque élément ?
7. Qui est chargé de gérer l'argent du ménage, et en quoi l'argent est-il dépensé ?
8. Le marché le plus proche permettant de se procurer des produits de base est-il accessible ? (Prendre en compte la distance, la sécurité, la mobilité, la disponibilité d'informations sur les marchés, etc.)

9. Quels sont la disponibilité et le prix des produits essentiels, y compris les produits alimentaires ?
10. Avant la catastrophe, quels étaient les termes moyens de l'échange entre les sources essentielles de revenus et de nourriture, par exemple entre les salaires et la nourriture, le bétail et la nourriture, etc. ?

Sécurité alimentaire durant la catastrophe

11. Dans quelle mesure la catastrophe a-t-elle affecté les différentes sources de nourriture et de revenus pour chacun des groupes de moyens de subsistance identifiés ?
12. Dans quelle mesure a-t-elle affecté les caractéristiques saisonnières habituelles de la sécurité alimentaire pour les différents groupes ?
13. Dans quelle mesure a-t-elle affecté l'accès aux marchés, ainsi que la disponibilité et les prix des produits essentiels ?
14. Pour les divers groupes de moyens de subsistance, quelles sont les différentes stratégies d'adaptation et quel est le pourcentage de personnes qui les emploient ?
15. Dans quelle mesure cet aspect a-t-il changé par rapport à la situation pré-catastrophe ?
16. Quel groupe ou population est-il (elle) le (la) plus affecté(e) ?
17. Quels sont les effets à court et à moyen terme des stratégies d'adaptation sur les biens financiers et autres des personnes ?
18. Pour tous les groupes de moyens de subsistance, et tous les groupes vulnérables, quels sont les effets des stratégies d'adaptation sur leur santé, leur bien-être général et leur dignité ? Y a-t-il des risques associés aux stratégies d'adaptation ?

Annexe 3

Interventions dans le domaine de la sécurité alimentaire

La gamme des interventions possibles pour soutenir, protéger et promouvoir la sécurité alimentaire dans les situations d'urgence est ample. La liste qui suit n'est pas exhaustive. Chaque intervention doit être conçue de manière à être adaptée au contexte local et à la stratégie locale de soutien de la sécurité alimentaire, de sorte qu'elle sera unique sur les plans de ses objectifs et de sa conception. Il est important d'envisager une gamme d'interventions et d'options de programmes basées sur l'analyse et la prise en compte des besoins exprimés. Il est rare que les interventions "toutes faites", qui ne prennent pas en compte les priorités locales, donnent de bons résultats. Les interventions sont classées en trois groupes, qui sont liés aux normes 2-4 relatives à la sécurité alimentaire.

- production primaire
- revenus et emploi
- accès aux biens et services du marché

La distribution générale de nourriture fournit une assistance alimentaire gratuite directe aux ménages et revêt donc une grande importance pour assurer la sécurité alimentaire à court terme.

Production primaire

- *Distribution de semences, d'outils et d'engrais*: proposée pour encourager la production agricole, sous la forme de kits de base pour les personnes rentrant chez elles, ou bien pour diversifier les cultures. Souvent conjuguée aux services de vulgarisation agricole et éventuellement à une formation technique.
- *Bons et foires de semences*: basés sur la fourniture de bons de semences aux acheteurs potentiels. L'organisation d'une foire de semences pour rassembler des vendeurs potentiels stimule les

systèmes locaux d'achat de semences, tout en donnant aux acheteurs accès à une ample gamme de semences.

- *Services locaux de vulgarisation agricole*
- *Formation et éducation dans des compétences utiles*
- *Interventions relatives au bétail:* peuvent englober des mesures relatives à la santé des animaux, au déstockage d'urgence, à la reconstitution du cheptel, à la distribution de fourrage et de compléments nutritionnels pour le bétail, aux refuges pour le bétail et à la fourniture de sources d'eau alternatives.
- *Distribution de filets et de matériel de pêche, ou bien d'équipement pour la chasse*
- *Promotion de la transformation des aliments*

Revenus et emploi

- *“Argent en échange de travail” (CFW):* les activités de ce type donnent aux ménages souffrant d'insécurité alimentaire des occasions de travail rémunéré.
- *“Vivres en échange de travail” (FFW):* les activités de ce type offrent aux ménages souffrant d'insécurité alimentaire des occasions de travail rémunéré qui dans le même temps donnent lieu à des résultats avantageux pour eux-mêmes et leur communauté.
- *“Vivres en échange de rétablissement” (FFR):* activités semblables à celles de type “vivres en échange de travail” mais moins structurées. Ces activités peuvent contribuer au rétablissement initial et ne devraient pas requérir une supervision technique externe.
- *Programmes générateurs de revenus:* ils permettent aux personnes de diversifier leurs sources de revenus dans le cadre de petits programmes de création d'entreprise basés sur l'emploi indépendant. Ils englobent le soutien aux personnes sur les plans de la gestion, de la supervision et de la mise en œuvre de leur entreprise.

Accès aux produits et aux services des marchés

- **Soutien aux marchés et aux infrastructures:** inclut le transport pour permettre aux producteurs de profiter des marchés éloignés.
- **Déstockage:** donne aux gardiens de troupeaux un bon prix pour leur bétail en temps de sécheresse, lorsqu'il y a une pression sur les sources d'eau et les pâtures, et que les prix du bétail sur les marchés chutent.
- **Magasins à prix justes:** vente de produits de base à des prix contrôlés ou subventionnés, ou en échange de bons ou de produits en nature.
- **Bons alimentaires ou monétaires:** à échanger dans les magasins contre de la nourriture et d'autres produits.
- **Soutien et assistance technique aux services gouvernementaux:** y compris services de vulgarisation agricole et services vétérinaires.
- **Projets de microfinancement:** y compris, par exemple, l'offre de crédits et de méthodes d'épargne des biens, qui peuvent englober des subventions, des prêts, des banques de bétail, des comptes d'épargne de coopérative, etc.

Cf. également références relatives à la sécurité alimentaire, annexe 9.

Annexe 4

Liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la nutrition

Ci-après sont présentés des exemples de questions pour les évaluations qui examinent les causes sous-jacentes de la malnutrition, le niveau de risque nutritionnel et les interventions possibles. Les questions se basent sur le cadre conceptuel des causes de la malnutrition (Cf. page 162). Les informations seront vraisemblablement disponibles auprès d'une variété de sources, et pour les collecter, il faudra recourir à un éventail d'outils d'évaluation, y compris des entretiens avec des informateurs clés, l'observation et l'examen des données secondaires (Cf. également normes relatives à l'évaluation initiale et à la participation, pages 32-38).

1. Quelles sont les informations qui existent au sujet de la **situation nutritionnelle** ?
 - a) Des enquêtes sur la nutrition ont-elles été effectuées ?
 - b) Y a-t-il des données provenant de centres médicosociaux spécialisés en santé maternelle et infantile ?
 - c) Y a-t-il des données provenant des centres existants d'alimentation complémentaire ou thérapeutique ?
 - d) Quelles sont les informations qui existent sur la situation nutritionnelle de la population affectée avant la crise en cours (même si les personnes ne se trouvent plus au même endroit) ?
2. Quel est le **risque de malnutrition lié aux problèmes de santé publique** ?
 - a) A-t-on signalé des flambées de maladies qui pourraient affecter l'état nutritionnel, comme la rougeole ou les maladies diarrhéiques aiguës ? Ces flambées risquent-elles de survenir ?

(Cf. normes relatives à la lutte contre les maladies transmissibles, page 325).

- b) Quelle est la couverture estimée de la vaccination contre la rougeole au sein de la population affectée ? (Cf. norme 2 relative à la lutte contre les maladies transmissibles, page 327).
- c) La vitamine A est-elle administrée systématiquement lors de la vaccination contre la rougeole ? Quelle est la couverture estimative de la supplémentation en vitamine A ?
- d) A-t-on estimé les taux de mortalité (soit bruts, soit des moins de cinq ans) ? Quels sont-ils et quelle méthode a été utilisée ? (Cf. norme 1 relative aux systèmes et infrastructures de santé, page 308)
- e) Y a-t-il, ou y aura-t-il, une diminution significative de la température ambiante susceptible d'affecter la prévalence d'infections respiratoires aiguës ou les besoins énergétiques de la population affectée ?
- f) Y a-t-il une importante prévalence de VIH/sida, et les personnes sont-elles d'ores et déjà vulnérables à la malnutrition causée par la pauvreté ou les problèmes de santé ?
- g) Les personnes ont-elle passé de longues périodes dans l'eau ou dans des vêtements mouillés ?

3. Quel est le risque de malnutrition lié à des soins inadéquats ?

- a) Y a-t-il eu des changements sur le plan des caractéristiques du travail (par ex. du fait de la migration, du déplacement ou du conflit armé), qui ont entraîné des modifications au sein du ménage ?
- b) Y a-t-il eu un changement dans la composition normale des foyers ? Compte-t-on un grand nombre d'enfants séparés de leur famille ?
- c) L'environnement normal des soins a-t-il été perturbé (par ex. du fait de déplacements), affectant du même coup l'accès à des

personnes secondaires chargées de dispenser les soins, l'accès des enfants aux aliments, l'accès à l'eau, etc. ?

- d) Quelles sont les pratiques normales en matière d'alimentation des enfants ? Les mères nourrissent-elles leurs enfants au biberon ou utilisent-elles des aliments complémentaires de fabrication industrielle ? Dans l'affirmative, y a-t-il une infrastructure qui puisse soutenir l'alimentation au biberon sans risques ?
 - e) Y a-t-il des données qui indiquent des dons d'aliments et de laits de bébé, de biberons et de tétines, ou des demandes de dons ?
 - f) Dans les communautés pastorales, les troupeaux ont-ils été éloignés des enfants pendant longtemps ? L'accès au lait a-t-il changé par rapport à la normale ?
 - g) Le VIH/sida a-t-il affecté les pratiques relatives aux soins au niveau du ménage ?
4. Quel est le risque de malnutrition lié à l'accès réduit à la nourriture ?
Cf. annexe 2 pour une liste de contrôle pour l'évaluation initiale de la sécurité alimentaire.
5. Quelles sont les structures locales, formelles et informelles, actuellement en place et au travers desquelles des interventions potentielles pourraient être canalisées ?
- a) Quelle est la capacité du ministère de la Santé, des organisations religieuses, des groupes de soutien communautaire dans le domaine du VIH/sida, des groupes de soutien dans le domaine de l'alimentation des nourrissons, ou des ONG présentes dans la zone à long ou court terme ?
 - b) Qu'est-ce qui est disponible dans la filière alimentaire ?
 - c) La population est-elle susceptible de se déplacer (en quête de pâtures/d'assistance/de travail) dans un avenir proche ?

6. Quelle intervention en matière de nutrition ou quel soutien communautaire étaient déjà en place avant la catastrophe actuelle, organisés par les communautés locales, des individus, des ONG, des organisations gouvernementales, des agences onusiennes, des organisations religieuses, etc. ? Quels sont les politiques générales en matière de nutrition (passées, en cours ou tombées en désuétude), les interventions de longue haleine prévues en matière de nutrition et les programmes mis en œuvre ou planifiés pour répondre à la situation actuelle ?

Annexe 5

Comment mesurer la malnutrition aiguë

Enfants de moins de cinq ans

Le tableau ci-dessous présente les indicateurs communément utilisés pour les différents niveaux de malnutrition parmi les enfants âgés de 6 à 59 mois. Les indicateurs de rapport poids-taille (WFH – Weight for Height) devront être extraits des données de référence des NCHS/CDC (National Center for Health Statistics/Center for Disease Control – Centre national pour les statistiques nationales/Centre de lutte contre les maladies). La cote Z du poids pour la taille (WFH – Weight for Height) est l'indicateur de choix pour rendre compte des résultats des études anthropométriques et le pourcentage de la médiane du poids pour la taille est choisi pour déterminer si les personnes présentent les conditions requises pour recevoir un traitement. Le périmètre brachial (MUAC - Mid Upper Arm Circumference) ne sera pas utilisé seul dans le cadre des études anthropométriques, mais il constitue l'un des meilleurs indices de la mortalité, en partie parce qu'il est plus susceptible de mettre en évidence la malnutrition des jeunes enfants. Il est par conséquent souvent utilisé dans le cadre d'un processus de dépistage en deux étapes pour l'admission dans les programmes d'alimentation. Les seuils communément utilisés sont <12,5 cm: malnutrition totale, et <11,0 cm: malnutrition grave, parmi les enfants de 12 à 59 mois.

	Malnutrition totale*	Malnutrition modérée	Malnutrition grave
Enfants de 6,0 à 59,9 mois	• <-2 indices Z WFH ou 80% valeur médiane WFH et/ou œdème nutritionnel	• <-3 à <-2 indices Z WFH ou 70% à <80% valeur médiane WFH	• <-3 indices Z WFH ou < 70% valeur médiane WFH et/ou œdème nutritionnel

* parfois appelée malnutrition globale

Il n'existe pas de seuils anthropométriques convenus pour la malnutrition parmi les enfants de moins de six mois, si ce n'est la présence d'un œdème nutritionnel. Les références relatives à la croissance des NCHS/CDC revêtent une utilité limitée car elles se basent sur une population de bébés nourris avec des aliments artificiels. Or, le taux de croissance des bébés allaités au sein est différent. Ceci signifie que la malnutrition tendra à être surestimée pour cette tranche d'âge. Il est important d'évaluer les pratiques d'alimentation des nourrissons, en particulier l'accès au lait maternel, ainsi que tout problème médical, afin de déterminer si la malnutrition, dans cette tranche d'âge, constitue un problème potentiel.

Autres tranches d'âge: enfants plus âgés, adolescents, adultes et personnes âgées

Il n'existe aucune définition internationalement acceptée de la malnutrition aiguë au sein des autres tranches d'âge. En partie, ceci est dû au fait que les différences ethniques sur le plan de la croissance commencent à se manifester à partir de l'âge de cinq ans. Il est donc difficile, dans la pratique, d'utiliser une seule population de référence pour comparer tous les groupes ethniques. L'absence de définition s'explique également par le fait que dans la plupart des circonstances, les informations portant sur l'état nutritionnel du groupe des 6 à 59 mois suffisent aux planificateurs pour prendre leurs décisions, de sorte qu'il n'y a pas eu une grande motivation à entreprendre des recherches sur la malnutrition au sein des autres tranches d'âge.

Cependant, dans les situations d'urgence nutritionnelle d'envergure, il peut être nécessaire d'inclure les enfants plus âgés, les adolescents, les adultes ou les personnes âgées dans les évaluations initiales nutritionnelles ou les programmes nutritionnels. Des études parmi les tranches d'âge autres que celle des 6-59 mois ne seront entreprises que si:

- une analyse contextuelle approfondie de la situation est effectuée. Elle devra inclure une analyse des causes de la malnutrition. Ce n'est que si les résultats de cette analyse suggèrent que l'état nutritionnel des jeunes enfants ne reflète pas l'état nutritionnel de la population

dans son ensemble qu'une étude nutritionnelle pour une autre tranche d'âge sera envisagée.

- des connaissances techniques spécialisées sont disponibles pour veiller à la qualité de la collecte des données, à une analyse adéquate et à une présentation et une interprétation correctes des résultats.
- les coûts en termes de ressources et/ou de temps de l'inclusion d'autres tranches d'âge dans l'étude ont été pris en considération.
- des objectifs clairs et bien documentés pour l'enquête ont été formulés.

Des recherches pour définir les indicateurs de malnutrition les mieux adaptés pour les personnes âgées de plus de 59 mois sont en cours, et ces informations changeront probablement au cours des quelques années à venir.

Enfants plus âgés (de 5 à 9,9 ans)

Faute de mesures alternatives de l'état nutritionnel parmi les enfants plus âgés, on recommande l'utilisation des références du NCHS/CDC pour déterminer la cote Z WFH et le pourcentage de la médiane et les mêmes seuils que pour les enfants plus jeunes seront appliqués (Cf. tableau ci-dessus). Comme pour les enfants plus jeunes, il faut évaluer l'œdème nutritionnel.

Adolescents (de 10 à 19,9 ans)

Il n'existe pas de définition claire, mise à l'épreuve et convenue de la malnutrition parmi les adolescents. On trouvera des conseils sur l'évaluation dans la liste bibliographique figurant en annexe 9.

Adultes (de 20 à 59,9 ans)

Il n'existe pas de définition convenue de la malnutrition aiguë parmi les adultes, mais selon les données disponibles, le seuil indiquant la malnutrition grave pourrait se situer en dessous d'un indice de masse corporelle (IMC) de 16. Les études de la malnutrition chez les adultes

devraient viser à collecter des données sur le poids, la taille, la taille en position assise et les mesures MUAC. Ces données peuvent être utilisées pour calculer l'IMC. L'IMC devra être ajusté pour l'indice Cormic (le rapport de la hauteur en position assise par rapport à la hauteur en position debout) pour procéder à des comparaisons entre populations. Cet ajustement peut changer considérablement la prévalence apparente de sous-nutrition parmi les adultes et peut avoir des ramifications importantes pour les programmes. Il faut toujours mesurer le périmètre brachial (MUAC). Si l'on a besoin de résultats immédiats ou si les ressources sont sérieusement limitées, les études pourront se baser sur les seules mesures MUAC.

Étant donné que l'interprétation des résultats anthropométriques est compliquée par le manque de données validées sur les résultats fonctionnels et de bases de référence pour déterminer la signification du résultat, ces résultats devront être interprétés parallèlement à des informations contextuelles détaillées. On trouvera des conseils sur l'évaluation dans les références.

Au moment de faire passer des tests de dépistage aux individus pour leur admission dans des programmes de soins nutritionnels et leur renvoi de ces programmes, les critères devraient englober une combinaison d'indices anthropométriques, de signes cliniques et de facteurs sociaux (par ex. accès à la nourriture, présence de personnes dispensant les soins, abris, etc.). Remarque: l'œdème chez l'adulte peut être causé par une variété de raisons autres que la malnutrition, et les cliniciens devront évaluer les œdèmes décelés chez les adultes pour exclure d'autres causes possibles. Chaque organisation décidera de l'indicateur permettant de déterminer les conditions donnant accès aux soins, en prenant en compte les défauts connus de l'IMC, le manque d'informations disponibles sur le MUAC et les conséquences de leur utilisation pour le programme. Les références contiennent des définitions provisoires de la malnutrition chez les adultes, définitions que l'on pourra utiliser pour le dépistage en vue d'un traitement.

Le MUAC peut être utilisé comme outil de dépistage pour les femmes enceintes (par ex. comme critère d'entrée dans un programme d'alimentation). Étant donnés leurs besoins nutritionnels supplémentaires, les femmes enceintes courent plus de risques que

d'autres groupes de la population (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 140). Le MUAC ne change pas de façon significative durant la grossesse. On a montré que des MUAC <20,7 cm (risque sérieux) et <23,0 cm (risque modéré) peuvent se traduire par un retard de croissance du fœtus. Ce risque variera probablement d'une population à l'autre.

Personnes âgées

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de définition convenue de la malnutrition parmi les personnes âgées. Or, ce groupe peut risquer de souffrir de malnutrition durant les situations d'urgence. L'OMS suggère que les seuils de l'IMC chez les adultes pourraient être appropriés pour les personnes âgées de 60 à 69 ans, mais ils sont sujets aux mêmes problèmes que dans le cas des adultes plus jeunes. De plus, il est difficile de garantir l'exactitude des mesures, du fait de la déviation de la colonne vertébrale (dos voûté) et de la compression des vertèbres. L'envergure d'un ou des deux bras peut être utilisée au lieu de la taille, mais le facteur de multiplication pour le calcul de la taille varie selon la population. Le MUAC peut constituer un outil utile pour mesurer la malnutrition parmi les personnes âgées, mais les recherches visant à définir les seuils appropriés sont encore en cours.

Personnes handicapées

Il n'existe pas, actuellement, de lignes directrices pour mesurer les personnes présentant des handicaps physiques, de sorte que ces dernières sont souvent exclues des études anthropométriques. Une évaluation visuelle est nécessaire. Les mesures MUAC peuvent être trompeuses dans les cas où les muscles supérieurs des bras se sont développés pour faciliter la mobilité. Il y a d'autres solutions que le mesurage de la taille, dont la longueur, l'envergure d'un ou des deux bras, ou encore la longueur de la partie inférieure de la jambe. Il est nécessaire de consulter les conclusions des recherches les plus récentes afin de déterminer la manière la plus appropriée de mesurer les personnes handicapées pour lesquelles la méthode standard de mesure du poids, de la taille et du MUAC ne convient pas.

Annexe 6

Mesures de l'importance pour la santé publique de la carence en vitamine A et en iode

Indicateurs de carence en vitamine A (xérophtalmie) parmi les enfants de 6 à 71 mois

(la prévalence d'un ou plusieurs indicateurs révèle un problème de santé publique)

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

Indicateurs de carence en iode (goitre)

Les indicateurs figurant dans le tableau ci-dessous sont ceux qui peuvent être mesurés lors d'une catastrophe. La prévalence d'au moins un indicateur et, de manière plus certaine, de deux d'entre eux, indique un problème de santé publique. Ces indicateurs de carence en iode peuvent être problématiques: il peut s'avérer impossible de mesurer les indicateurs biochimiques dans de nombreux contextes d'urgence, et l'évaluation clinique comporte le risque d'un degré élevé d'inexactitudes. Néanmoins, bien que l'évaluation du taux d'iode dans l'urine soit essentielle pour dresser un tableau complet de la situation concernant l'iode, on peut se faire une idée générale de la gravité de la situation en procédant à un examen clinique d'un échantillon valable d'enfants âgés de 6 à 12 ans.

Indicateur	Gravité du problème de santé publique (prévalence)			
	Population cible	Léger	Modéré	Grave
Taux total de goitre (% de la population)	Enfants en âge d'être scolarisés*	5-19,9	20-29,9	>=30,0
Teneur médiane d'iode dans l'urine (µg/l)	Enfants en âge d'être scolarisés*	50-99	20-49	<20

*préférentiellement enfants de 6 à 12 ans

Annexe 7

Besoins nutritionnels

Les chiffres suivants peuvent être utilisés aux fins de la planification durant le stade initial d'une catastrophe:

Nutriment	Besoins moyens de la population
Énergie	2.100 kcal
Protéines	10-12% de l'énergie totale (52g-63g), mais <15%
Matières grasses	17% de l'énergie totale (40g)
Vitamine A	1,666 IU (ou 0,5 mg équivalent de rétinol)
Thiamine (B1)	0,9 mg (ou 0,4 mg pour 1.000 kcal consommées)
Riboflavine (B2)	1,4 mg (ou 0,6 mg pour 1.000 kcal consommées)
Acide folique	160 µg
Niacine (B3)	12,0 mg (ou 6,6 mg pour 1.000 kcal consommées)
Vitamine B12	0,9 µg
Vitamine C	28,0 mg
Vitamine D	3,2 - 3,8 µg de calciférol
Fer	22 mg (faible biodisponibilité, c'est-à-dire entre 5 et 9%)
Iode	150 µg
Magnésium*	201 mg
Zinc*	12.3 mg
Sélénium*	27,6 µg
Vitamine E*	8,0 mg alpha-TE
Vitamine K*	48,2 µg
Biotine*	25.3 µg
Pantothénate*	4,6 µg

Référence: OMS, 2000, Gestion de la nutrition dans les urgences d'envergure

* Besoins provisoires: adapté de: FAO/OMS, 2002 Human Vitamin and Mineral Requirements. Report of a joint FAO/WHO expert consultation (Besoins humains en vitamines et oligoéléments, 2002: rapport d'une consultation d'experts conjointe entre la FAO et l'OMS), Bangkok, Thaïlande. FAO, Rome.

Il y a deux aspects importants à prendre en compte avant d'utiliser les besoins indiqués ci-dessus. Tout d'abord, les besoins moyens par personne pour les groupes démographiques incorporent les besoins de toutes les tranches d'âge et des deux sexes. Ils ne sont donc pas spécifiques à une tranche d'âge ou à un sexe, et ne doivent pas être utilisés comme les besoins pour un individu. Deuxièmement, ces besoins se basent sur un profil démographique particulier, qui est le suivant:

Groupe	% de la population
0-4 ans:	12
5-9 ans:	12
10-14 ans:	11
15-19 ans:	10
20-59 ans:	49
60 ans et plus:	7
Femmes enceintes:	2,5
Femmes allaitantes:	2,5
Sexe masculin/féminin:	51/49

Comme la structure démographique de différentes populations varie, ceci affectera les besoins nutritionnels de la population concernée. Par exemple, si 26% d'une population réfugiée est âgée de moins de cinq ans, et que la population se compose de 50% de personnes de sexe masculin et de 50% de personnes de sexe féminin, les besoins énergétiques se verront réduits à 1.940 kcal.

Les besoins énergétiques et en protéines devront être ajustés selon les facteurs suivants:

- la structure démographique de la population, en particulier le pourcentage des moins de cinq ans et le pourcentage de personnes de sexe féminin (ceci peut changer au sein des populations affectées par le VIH/sida).
- le poids moyen des adultes et le poids corporel réel, habituel ou souhaitable. Les besoins augmenteront si le poids moyen des hommes adultes dépasse 60 kg et si le poids moyen des femmes adultes dépasse 52 kg.

- les niveaux d'activité permettant de maintenir une vie productive. Les besoins augmenteront si ces niveaux dépassent le seuil minimal (c'est-à-dire $1,55 \times$ taux métabolique basal pour les hommes et $1,56 \times$ taux métabolique basal pour les femmes).
- les températures ambiantes moyennes et les capacités relatives aux abris et aux vêtements. Les besoins augmenteront si la température ambiante moyenne est inférieure à 20°C .
- l'état nutritionnel et de santé de la population. Les besoins augmenteront si la population souffre de malnutrition et présente des besoins supplémentaires pour rattraper un retard de croissance. La prévalence du VIH/sida peut affecter les besoins de la population (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, page 167). La question de savoir si les rations générales doivent être ajustées pour satisfaire ces besoins dépendra des recommandations internationales du moment.

S'il n'est pas possible d'incorporer ce type d'informations dans l'évaluation initiale, les chiffres du tableau ci-dessus pourront être utilisés comme un minimum en premier lieu.

Annexe 8

Liste de contrôle relative à la logistique de la gestion de la chaîne d'approvisionnement

1. Les contrats d'achat comportent des dispositions pour le paiement lié à la livraison, le retour des marchandises endommagées et des pénalités pour tout écart par rapport au contrat, sauf dans les situations de force majeure.
2. Les transporteurs et agents de manutention assument la responsabilité totale des denrées alimentaires sous leur garde et remboursent toutes les pertes éventuelles.
3. Les installations d'emmagasiner sont sûres et propres, et protègent les denrées alimentaires des dégâts ou des pertes.
4. Des mesures sont prises à tous les niveaux pour réduire au minimum les pertes de denrées.
5. Toutes les pertes sont identifiées et expliquées.
6. Les denrées se trouvant dans des conteneurs endommagés sont récupérées autant que possible.
11. Les denrées font l'objet d'inspections à intervalles réguliers et toutes les denrées suspectes font l'objet de tests. Les produits impropres sont certifiés et éliminés conformément à des procédures clairement définies et à la réglementation nationale dans le secteur de la santé publique. On évite le recyclage des denrées impropres par le biais du marché.
8. Des inventaires physiques sont entrepris périodiquement par des personnes dotées de connaissances dans le domaine de la gestion des inventaires et non associées au projet examiné, et font l'objet d'un rapprochement avec les soldes de stocks.
9. Des comptes rendus résumés des inventaires sont dressés à intervalles réguliers et mis à la disposition de toutes les parties prenantes.

10. Des récépissés documentent toutes les transactions de denrées en bonne et due forme.
11. Les livres d'inventaire donnent le détail de tous les reçus, émissions et soldes.
12. Un audit, y compris l'audit de la gestion du processus, est effectué à tous les niveaux de la chaîne d'approvisionnement.
13. Les véhicules utilisés pour transporter les denrées sont en bon état de marche ; les espaces réservés aux cargaisons ne présentent pas de bords en saillie qui pourraient endommager les emballages et sont protégés de façon adéquate des intempéries (par ex. par des bâches).
14. Les véhicules ne transportent pas d'autres matériaux commerciaux et/ou dangereux en même temps que des denrées alimentaires.
15. Les véhicules n'ont pas transporté de matériaux dangereux par le passé et il n'y a pas de résidus.

Sources: PAM, Emergency Field Operations Pocketbook (Carnet pour les opérations d'urgence sur le terrain) (2002) et CARE, Food Resource Management handbook (Manuel pour la gestion des ressources alimentaires).

Annexe 9

Références

NB: Les titres “officiels” des documents sont indiqués dans la mesure du possible, mais dans les cas où il n'existe pas de version officielle ou lorsqu'elle nous est inconnue, la traduction française des titres des documents, rapports ou publications est ajoutée entre parenthèses à titre indicatif.

Grâce au programme Forced Migration Online (Migration forcée en ligne) du Refugee Studies Centre (Centre des études sur les réfugiés) de l'université d'Oxford, bon nombre de ces documents ont reçu l'autorisation de reproduction et sont disponibles sur un lien spécial du projet Sphère sur le site Web: <http://www.forcedmigration.org>

Instruments juridiques internationaux

(*Le droit à une nourriture suffisante* – article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels), Commentaire général du CDESC 12, 12 mai 1999. U.N. Doc E/C. 12/1999/5. Conseil économique et social des Nations Unies (1999). <http://www.unhchr.ch>

Cotula, L et Vidar, M (2003), *The Right to Adequate Food in Emergencies (Le droit à de la nourriture adéquate dans les situations d'urgence)*. FAO Legislative Study 77 (Étude législative 77 de la FAO). Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. Rome. <http://www.fao.org/righttofood>

Pejic, J (2001), *The Right to Food in Situations of Armed Conflict: The Legal Framework (Le droit à la nourriture dans les situations de conflit armé: le cadre juridique)*. International Review of the Red Cross (Revue internationale de la Croix-Rouge, vol 83, n° 844, p1097. Genève. <http://www.icrc.org>

United Nations (2002), Rapport du Rapporteur spécial sur le droit à la nourriture, M. Jean Ziegler, soumis conformément à la résolution 2001/25 de la Commission des droits de l'homme, UN document

E/CN. 4/2002/58. <http://www.righttofood.org>

Assemblée générale des Nations Unies (2001), *Rapport préliminaire du Rapporteur spécial de la Commission des droits de l'homme sur le droit à la nourriture*. Jean Ziegler. <http://www.righttofood.org>

Évaluation initiale de la sécurité alimentaire

CARE (à paraître), *Program Guidelines for Conditions of Chronic Vulnerability (Lignes directrices de programme pour les conditions de vulnérabilité chronique)*. CARE Unité régionale de gestion pour l'Afrique de l'est/centrale. Nairobi.

Frieze, J (à paraître), *Food Security Assessment Guidelines (Lignes directrices pour l'évaluation de la sécurité alimentaire)*. Oxfam GB. Oxford.

Longley, C, Dominguez, C, Saide, MA et Leonardo, WJ (2002), *Do Farmers Need Relief Seed? A Methodology for Assessing Seed Systems (Les agriculteurs ont-ils besoin de semences de secours ? Une méthodologie pour l'évaluation des systèmes de semences)*. *Disasters*, 26, 343-355. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

Mourey, A (1999), *Assessing and Monitoring the Nutritional Situation (Évaluation et suivi de la situation nutritionnelle)*. CICR. Genève.

Seaman, J, Clark, P, Boudreau, T et Holt, J (2000), *The Household Economy Approach: A Resource Manual for Practitioners (L'approche de l'économie des ménages: un manuel de ressources pour les praticiens)*. *Development Manual* 6. Save the Children. Londres.

USAID (1998), *Field Operations Guide (FOG) for Disaster Assessment and Response (Guide des opérations sur le terrain pour l'évaluation initiale des catastrophes et les interventions)*. U.S. Agency for International Development/Bureau for Humanitarian Response/Office of Foreign Disaster Assistance (Agence des États-Unis pour le développement international/Bureau des interventions humanitaires/Office de l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger). <http://www.info.usaid.gov/ofda>

PAM (2000), *Food and Nutrition Handbook (Manuel de la nourriture et de la nutrition)*. Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Rome.

PAM (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook (Livre de poche pour les opérations de terrain en cas d'urgence)*. Programme alimentaire mondial des Nations Unies. Rome.

Systèmes d'information relatifs à la sécurité alimentaire

Famine Early Warning Systems Network (FEWS NET) (Réseau de systèmes d'alerte précoce relative à la famine): <http://www.fews.net>

Food Insecurity and Vulnerability Information and Mapping Systems (FIVIMS) (Systèmes d'information et de mapping sur l'insécurité alimentaire et la vulnérabilité): <http://www.fivims.net/index.jsp>

Global Information and Early Warning System on Food and Agriculture (GIEWS) (Système mondial d'information et d'alerte précoce sur la nourriture et l'agriculture), Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture. <http://www.fao.org>

Évaluation anthropométrique

Collins, S, Duffield, A et Myatt, M (2000), *Adults: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations (Adultes: évaluation de l'état nutritionnel des populations affectées par une situation d'urgence)*. Genève. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adults/index.htm>

UN ACC Sub Committee on Nutrition (2001) (Sous-comité sur la nutrition), *Assessment of Adult Undernutrition in Emergencies (Évaluation de la sous-nutrition chez les adultes dans les situations d'urgence)*. Compte rendu d'un groupe de travail du SCN de la réunion spéciale sur les situations d'urgence paru dans SCN News 22, p. 49-51. Genève. <http://www.unsystem.org/scn/publications>

Woodruff, B et Duffield, A (2000), *Adolescents: Assessment of Nutritional Status in Emergency-Affected Populations (Adolescents: évaluation de*

l'état nutritionnel des populations affectées par une situation d'urgence). Genève. <http://www.unsystem.org/scn/archives/adolescents/index.htm>

Young, H et Jaspars, S (1995), *Nutrition Matters (Questions liées à la nutrition)*. Intermediate Technology Publications. Londres.

Methods for measuring nutritional status and mortality (Méthodes pour mesurer l'état nutritionnel et la mortalité): <http://www.smartindicators.org>

Interventions dans le secteur de la sécurité alimentaire

Alidri, P, Doorn, J v., El-Soghbi, M, Houtart, M, Larson, D, Nagarajan, G et Tsilikounas, C (2002), *Introduction au microfinancement dans les communautés affectées par un conflit*. Bureau international du travail et HCR des Nations Unies. Genève. <http://www.ilo.org>

CRS (2002), *Seed Vouchers and Fairs: A Manual for Seed-Based Agricultural Recovery in Africa (Bons et foires de semences: manuel pour le rétablissement agricole basé sur les semences en Afrique)*. Catholic Relief Services, en collaboration avec l'Overseas Development Institute (Institut de développement à l'étranger) et l'International Crops Research Institute for the Semi-Arid Tropics (Institut international de recherche sur les cultures pour les tropiques semi-arides).

Lumsden, S et Naylor, E (à paraître), *Cash-For-Work Programming. A Practical Guide*. (Programmes de type "argent en échange de travail" – guide pratique) Oxfam GB. Oxford.

Powers, L (2002), *Livestock Interventions: Important Principles (Interventions dans le secteur du bétail: principes importants)*, OFDA. Office of US Foreign Disaster Assistance (Bureau des États-Unis de l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger), USAID. Washington. <http://www.usaid.gov>

Remington, T, Maroko, J, Walsh, S, Omanga, P et Charles, E (2002), *Getting Off the Seeds-and-Tools Treadmill with CRS Seed Vouchers and Fairs (Descendre de la routine semences-outils avec les bons et foires de semences de CRS)*. *Disasters*, 26, 316-328. <http://www.blackwellpublishing.com/journal>

Manuels généraux sur la nutrition dans les situations d'urgence

Prudhon, C (2002), *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations (Évaluation initiale et traitement de la malnutrition dans les situations d'urgence)*. Paris.

HCR/UNICEF/PAM/OMS (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies (Besoins alimentaires et nutritionnels dans les situations d'urgence)*. Genève.

PAM (2000), *Food and Nutrition Handbook (Manuel sur la nourriture et la nutrition)*. Rome

OMS (2000), *The Management of Nutrition in Major Emergencies (Gestion de la nutrition dans les urgences d'envergure)*. Genève.
<http://www.who.int>

Groupes à risque

FAO/OMS (2002), *Living Well with HIV/AIDS. A Manual on Nutritional Care and Support for People Living with HIV/AIDS (Vivre bien avec le VIH/sida: un manuel sur les soins et le soutien nutritionnel pour les personnes vivant avec le VIH/sida)*. Rome <http://www.fao.org>

HelpAge International (2001), *Addressing the Nutritional Needs of Older People in Emergency Situations in Africa: Ideas for Action (Aborder les besoins nutritionnels des personnes âgées dans les situations d'urgence en Afrique)*. Nairobi.
<http://www.helpage.org/publications>

Piwoz, E et Preble, E (2000), *HIV/AIDS and Nutrition: a Review of the Literature and Recommendations for Nutritional Care and Support in Sub-Saharan Africa (VIH/sida et nutrition: une revue de la documentation et des recommandations concernant les soins et le soutien nutritionnels en Afrique sub-saharienne)*. USAID Washington.
<http://www.aed.org>.

Winstock, A (1994), *The Practical Management of Eating and Drinking Difficulties in Children (Gestion pratique des difficultés à manger et à boire des enfants)*. Winslow Press. Bicester, Royaume-Uni.

Alimentation des nourrissons et des enfants en bas âge

Ad Hoc Group on Infant Feeding in Emergencies (Groupe ad-hoc sur l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence) (1999), *Infant Feeding in Emergencies: Policy, Strategy and Practice* (Alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence: politiques générales, stratégie et pratique). <http://www.enonline.net>

FAO/OMS (1994, en cours de révision), Codex Standard for Infant Formula (Norme Codex pour le lait maternisé), *Codex STAN 72-1981* (modifié 1983, 1985, 1987) *Codex Alimentarius, Volume 4: Foods for Special Dietary Uses, Second Edition* (Aliments pour usages diététiques spécialisés). Rome. <http://www.codexalimentarius.net>

Interagency Working Group on Infant and Young Child Feeding in Emergencies (Groupe de travail inter-agences sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence) (2001), *Infant Feeding in Emergencies Operational Guidance* (Conseils opérationnels relatifs à l'alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence). Londres. <http://www.enonline.net>

OMS/UNICEF/LINKAGES/IBFAN/ENN (2001), *Infant Feeding in Emergencies: Module 1 for Emergency Relief Staff* (Revision 1) (Alimentation des nourrissons dans les situations d'urgence: module 1 pour le personnel chargé d'apporter des secours d'urgence). <http://www.enonline.net>

OMS (1981), *Code international de commercialisation de substituts de lait maternel. Version intégrale du code et résolutions pertinentes de l'Assemblée mondiale de la santé sur:* <http://www.ibfan.org/english/resource/who/fullcode.html>

Alimentation thérapeutique

OMS (1999), *Management of Severe Malnutrition: A Manual for Physicians and Other Senior Health Workers* (Gestion de la malnutrition grave: manuel pour les médecins et autres agents sanitaires responsables). Genève. <http://www.who.int/nut>

Carences en micronutriments

ICCIDD/UNICEF/OMS (2001), *Assessment of Iodine Deficiency Disorders and Monitoring Their Elimination: A Guide for Programme Managers, Second Edition* (Évaluation des troubles liés à la carence en iode et suivi de leur élimination: guide à l'attention des responsables de programmes, deuxième édition). Genève. <http://www.who.int/nut>

UNICEF/UNU/OMS (2001), *Iron Deficiency Anaemia: Assessment, Prevention and Control. A Guide for Programme Managers* (Anémie liée la carence en fer: évaluation initiale, prévention et contrôle: guide à l'attention des responsables de programmes). Genève. <http://www.who.int/nut>

OMS (1997), *Vitamin A Supplements: A Guide to Their Use in the Treatment and Prevention of Vitamin A Deficiency and Xerophthalmia. Second Edition* (Compléments en vitamine A: guide pour leur utilisation dans le traitement et la prévention de la carence en vitamine A et la xérophtalmie – deuxième édition). Genève. <http://www.who.int/nut>

OMS (2000), *La pellagre et sa prévention et son contrôle dans les situations d'urgence d'envergure*. Genève. <http://www.who.int/nut>

OMS (1999), *Le scorbut et sa prévention et son contrôle dans les situations d'urgence d'envergure*. Genève. <http://www.who.int/nut>

OMS (1999), *La carence en thiamine et sa prévention et son contrôle dans les situations d'urgence d'envergure*. Genève. <http://www.who.int/nut>

Aide alimentaire

Jaspars S, et Young, H (1995), *General Food Distribution in Emergencies: From Nutritional Needs to Political Priorities* (Distribution générale d'aliments dans les situations d'urgence: des besoins nutritionnels aux priorités politiques). *Revue des bonnes pratiques* 3. Relief and Rehabilitation Network (Réseau secours et réhabilitation), Overseas Development Institute. Londres.

OMNI (1994), *Micronutrient Fortification and Enrichment of PL480 Title II Commodities (Fortification et enrichissement en micronutriments des denrées du PL480 titre II)*.

UNHCR, UNICEF, PAM, OMS, (2002), *Food and Nutrition Needs in Emergencies (Besoins alimentaires et nutritionnels dans les situations d'urgence)*. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Programme alimentaire mondial, Organisation mondiale de la santé. Genève.

PAM (2002), *Emergency Field Operations Pocketbook (Livre de poche pour les opérations de terrain)*. Rome.

PAM (2000), *Food and Nutrition Handbook (Manuel de la nourriture et la nutrition)*. Programme alimentaire mondial. Rome.

*Normes minimales dans les secteurs de la sécurité
alimentaire, de la nutrition et de l'aide alimentaire*

Notes



Notes



Chapitre 5: normes minimales dans le secteur des services de santé

Comment utiliser ce chapitre

Ce chapitre se compose de trois sections principales: systèmes et infrastructures de santé, lutte contre les maladies transmissibles et lutte contre les maladies non transmissibles. L'organisation du chapitre encourage une approche basée sur des systèmes pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services de santé durant une catastrophe. Il s'agit là de la manière la plus fiable de veiller à ce que les besoins prioritaires en matière de santé soient identifiés et satisfaits de manière efficace et rentable. Les principes comme le soutien aux systèmes de santé nationaux et locaux, la coordination et la standardisation sont soulignés tout au long du chapitre.

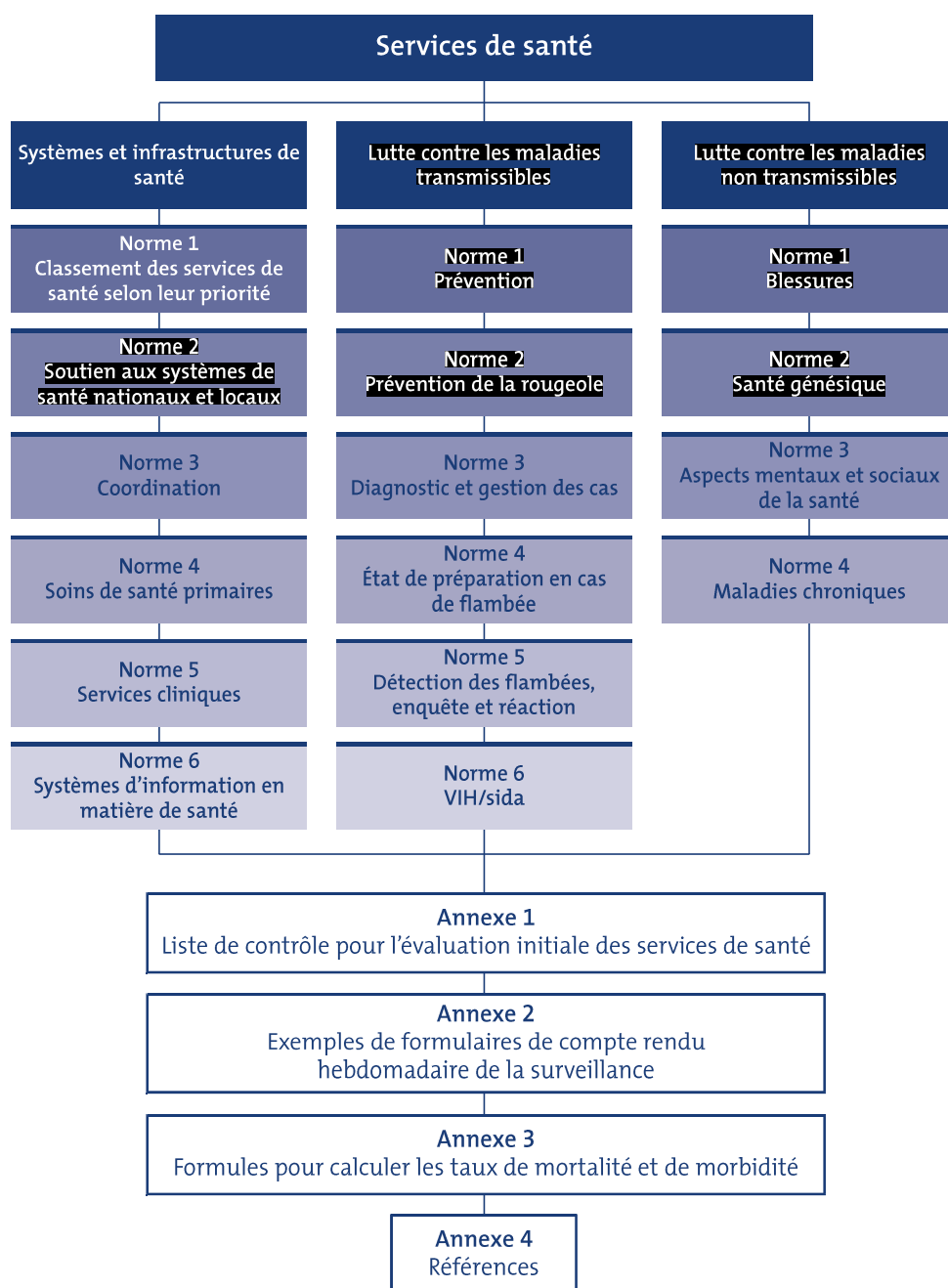
Chacune des sections englobe les éléments suivants:

- *les normes minimales*: elles sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimaux à atteindre dans la prestation de services de santé;
- *les indicateurs clés*: ce sont des “signaux” qui indiquent si oui ou non la norme a été satisfaite. Ils constituent un moyen de mesurer et de communiquer l'impact, ou le résultat, des programmes ainsi que des processus et des méthodes utilisés. Les indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs;
- *les notes d'orientation*: elles englobent des aspects spécifiques à prendre en compte lors de l'application des normes et des indicateurs dans différentes situations, des suggestions sur la manière de faire face aux difficultés pratiques, et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux normes ou aux indicateurs, et décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles.

Les annexes en fin de chapitre englobent une liste de contrôle pour les évaluations initiales, des exemples de formulaires pour la collecte de données, des formules pour calculer les taux de mortalité et de morbidité, et une liste de références choisies, qui orientent le lecteur vers des sources d'information portant sur des questions générales ainsi que sur des questions techniques spécifiques liées à ce chapitre.

Table des matières

Introduction	301
1. Systèmes et infrastructures de santé	307
2. Lutte contre les maladies transmissibles	325
3. Lutte contre les maladies non transmissibles	339
 Annexe 1: Liste de contrôle pour l'évaluation initiale des services de santé	 351
Annexe 2: Exemples de formulaires de compte rendu hebdomadaire de la surveillance	 354
Annexe 3: Formules pour calculer les taux de mortalité et de morbidité	 357
Annexe 4: Références	360



Introduction

Liens avec les instruments juridiques internationaux

Les normes minimales dans le secteur des services de santé constituent une expression pratique des principes et des droits formulés dans la Charte humanitaire. Celle-ci traite des exigences les plus fondamentales afin de préserver la vie et la dignité des personnes affectées par des calamités ou des conflits, telles que stipulées dans l'ensemble des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux interventions humanitaires et aux réfugiés.

Tout le monde a droit à la santé, comme le stipulent un certain nombre d'instruments juridiques internationaux. Ceci englobe le droit à l'accès égal non seulement aux soins de santé mais aussi aux facteurs sous-jacents déterminants pour la santé, dont tous supposent la satisfaction des autres droits de l'homme, comme l'accès à de l'eau salubre et à des installations sanitaires adéquates, un approvisionnement en aliments sans risques, une nutrition et un logement adéquats, des conditions environnementales salubres, l'accès à une éducation et à des informations relatives à la santé, la non-discrimination, et la dignité humaine et l'affirmation de la valeur de chacun.

Le droit à la santé ne peut être réalisé que si la population est protégée et si les professionnels chargés du système des soins de santé ont suivi une bonne formation et se sont engagés à observer les principes éthiques et les normes professionnelles universels, si le système au sein duquel ils travaillent est conçu pour satisfaire des besoins minimaux, et si l'État est disposé à établir et à protéger ces conditions de sécurité et de stabilité. Dans cette perspective basée sur les droits de l'homme, les questions d'équité et de dignité sont essentielles, ainsi que les obligations des acteurs publics et autres à faire valoir le droit de l'individu à la santé. En temps de conflit armé, les hôpitaux civils et les installations médicales ne seront en aucun cas la cible d'attaques, et le personnel sanitaire et médical a le droit d'être respecté et protégé.

Les normes minimales figurant dans ce chapitre ne constituent pas une expression complète du droit à la santé. Cependant, les normes de Sphère reflètent le contenu central du droit à la santé et contribuent à la réalisation progressive de ce droit au niveau mondial.

L'importance des services de santé dans les situations de catastrophe

Les soins de santé constituent un facteur crucial de survie durant la première phase d'une catastrophe. Les catastrophes ont presque toujours des effets significatifs sur la santé publique et le bien-être des populations affectées. Ces effets peuvent être décrits comme directs (par ex. blessures, traumatisme psychologique) ou indirects (par ex. taux accrus de maladies infectieuses, de malnutrition, de complications de maladies chroniques). Les impacts indirects sur la santé sont en général liés à des facteurs comme de l'eau en quantité et de qualité insuffisantes, la dégradation des installations d'assainissement, l'interruption de l'approvisionnement alimentaire, la perturbation des services de santé, le surpeuplement et les déplacements de populations.

Les principaux buts de toute intervention humanitaire lors d'une catastrophe sont de: 1) prévenir et réduire la mortalité et la morbidité excessives, et 2) promouvoir le retour à la normale. Différents types de catastrophe sont associés à différentes échelles et tendances de la mortalité et de la morbidité (Cf. tableau page 306), et les besoins médicaux et en matière de santé publique d'une communauté affectée varieront donc en fonction du type et de l'ampleur de la catastrophe.

Pour classer les services de santé selon leur priorité, il faut comprendre clairement l'état de santé antérieur de la communauté affectée, ses besoins, ses risques de santé, ses ressources et ses capacités. Durant la première phase d'une catastrophe, il est possible que les informations dont on dispose soient incomplètes et que des décisions importantes dans le domaine de la santé publique doivent être prises sans que toutes les données pertinentes ne soient disponibles et/ou analysées. Il faudra donc mener, le plus tôt possible, une évaluation multisectorielle qui englobe les représentants de la communauté afin de déterminer l'impact de la catastrophe sur la santé publique, les besoins prioritaires

en matière de santé publique, la disponibilité des ressources au niveau local et les exigences concernant une assistance externe éventuelle (Cf. norme relative à l'évaluation initiale, page 34, et annexe 1).

En général, les interventions dans le domaine de la santé publique sont conçues pour offrir les avantages les plus considérables possibles en matière de santé au plus grand nombre possible de personnes. Dans la mesure du possible, les interventions devront se baser sur le principe de la pratique fondée sur des données probantes: on préférera celles qui présentent un avantage démontré pour la santé. Ces interventions engloberont en général des quantités adéquates d'eau salubre, l'assainissement, des services nutritionnels, une aide alimentaire/la sécurité alimentaire, des abris et des soins cliniques de base. Les services préventifs et cliniques viseront principalement à contrôler les maladies potentiellement épidémiques. Une campagne de vaccination de masse contre la rougeole sera une priorité importante pour les populations courant le risque d'une flambée de cette maladie, en particulier les réfugiés et les personnes affectées par des urgences complexes. Dans la plupart des contextes de catastrophes, les services d'orientation des patients vers des centres spécialisés et les soins basés dans des hôpitaux, tout en étant importants, ont un impact plus limité sur la santé publique que les interventions de soins de santé primaires.

La participation des communautés affectées par la catastrophe à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation des services de santé est essentielle. Durant ce processus, des efforts seront fournis pour identifier et développer les capacités existantes au sein du secteur de la santé. Renforcer les capacités avec les populations affectées est probablement la manière la plus efficace d'aider les communautés à se remettre de catastrophes et de les préparer en vue de catastrophes futures éventuelles. Les réfugiés et les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (PDIP) exerceront vraisemblablement une pression supplémentaire sur les services de santé des populations d'accueil. Les efforts humanitaires devront donc viser, autant que possible, à s'intégrer aux services de santé des populations d'accueil et à les soutenir.

Dans la plupart des situations de catastrophe, les femmes et les enfants

sont les principaux utilisateurs des services de santé, et il est important de demander leurs avis aux femmes afin de veiller à ce que les services soient équitables, appropriés et accessibles pour la population affectée en général. Les femmes peuvent faciliter la compréhension des facteurs culturels et des coutumes qui affectent la santé, ainsi que celle des besoins spécifiques des personnes vulnérables au sein de la population affectée. Elles devront donc, dès le début, participer activement à la planification et à la mise en œuvre des services de santé.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des normes figurant dans les chapitres consacrés aux autres secteurs sont utiles pour le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des normes dans un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales et les autres organisations participant à l'intervention est également nécessaire pour veiller à ce que les besoins soient satisfaits, à ce que les efforts ne soient pas répétés, et à ce que la qualité des services de santé soit optimisée. On fait référence à des normes ou notes d'orientation spécifiques figurant dans d'autres chapitres techniques lorsqu'il y a lieu de le faire.

Liens avec les normes communes à tous les secteurs

Le processus selon lequel une intervention est développée et mise en œuvre est crucial pour son efficacité. Ce chapitre devra être utilisé conjointement avec celui des normes communes à tous les secteurs, lesquelles englobent la participation, l'évaluation initiale, l'intervention, le ciblage, le suivi, l'évaluation, les compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires, ainsi que la supervision, la gestion et le soutien du personnel (Cf. chapitre 1, page 25). En particulier, la participation des personnes affectées par la catastrophe - y compris les groupes vulnérables décrits ci-dessous - devra être portée au maximum dans toute intervention afin de veiller à ce que cette dernière soit appropriée et de bonne qualité.

Vulnérabilités et capacités des populations affectées par la catastrophe

Les groupes qui courent le plus fréquemment des risques lors de catastrophes sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS). Dans certains contextes, les personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leur origine ethnique, de leur affiliation religieuse ou politique, ou du fait qu'elles ont été déplacées. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe, et celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte.

Tout au long du manuel, l'expression "groupes vulnérables" se réfère à tous ces groupes. Lorsque l'un quelconque de ces groupes court des risques, il est probable que les autres seront également menacés. Par conséquent, chaque fois que les groupes vulnérables sont mentionnés, on demande instamment aux utilisateurs de prendre en considération tous ceux énumérés ici. Il faut veiller tout particulièrement à protéger et à assister tous les groupes affectés de façon non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques. Cependant, il faut également garder à l'esprit que les populations affectées par une catastrophe possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités propres pour faire face à la situation, lesquelles doivent être reconnues et soutenues.

Impacts de certaines catastrophes sur la santé publique					
Effet	Urgences complexes	Tremblements de terre	Vents violents (sans inondation)	Inondations	Crues subites/ tsunamis
Morts	Nombreuses	Nombreuses	Peu nombreuses	Peu nombreuses	Nombreuses
Blessures graves	Variable	Nombreuses	Nombre modéré	Peu nombreuses	Peu nombreuses
Risque accru de maladies transmissibles	Important	Faible	Faible	Variable	Faible
Pénurie alimentaire	Commune	Rare	Rare	Variable	Commune
Déplacements importants de la population	Communs (peuvent avoir lieu dans les zones urbaines très endommagées)	Rares	Rares	Communs	Variable

Source: adapté de Pan American Health Organization (Organisation panaméricaine de la santé), *Emergency Health Management After Natural Disaster (Gestion des services de santé d'urgence après une catastrophe naturelle)*. Office of Emergency Preparedness and Disaster Relief Coordination (Bureau de la préparation aux situations d'urgence et de coordination des secours en cas de catastrophe): Scientific Publication N° 47. Washington, DC. Pan American Health Organization, 1981.

NB: même pour certains types spécifiques de catastrophe, les tendances de la morbidité et de la mortalité varient considérablement d'un contexte à l'autre. Par exemple, la mise en application de codes en matière de construction peut entraîner une réduction spectaculaire du nombre de morts et de blessures graves associées aux tremblements de terre. Dans certaines situations d'urgence complexes, les maladies transmissibles et la malnutrition sont les principales causes de morbidité et de mortalité, et les complications de maladies chroniques une cause importante de morbidité excessive.

Les normes minimales

1 *Systèmes et infrastructures de santé*

Durant une intervention en situation de catastrophe, lorsque les taux de mortalité sont fréquemment élevés ou pourraient bientôt le devenir, les interventions humanitaires prioritaires doivent se concentrer sur les besoins urgents pour la survie, y compris les soins médicaux de base. Une fois les besoins de survie satisfaits, et une fois que les taux de mortalité ont diminué quasiment jusqu'à leur niveau de référence, il faudra développer une gamme plus complète de services de santé. Durant toutes les étapes de l'intervention, une approche liée aux systèmes de santé pour la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des services contribuera à veiller à la satisfaction des besoins les plus importants, à ce que la couverture soit appropriée, à ce que l'accès soit optimisé et à ce que la qualité soit encouragée.

Les normes ci-après s'appliquent à tous les contextes de catastrophe, mais sont tout particulièrement appropriées pour ceux pauvres en ressources. Elles sont principalement conçues pour veiller à ce que les communautés affectées par les catastrophes aient accès à des services de santé de bonne qualité durant l'intervention lancée après la catastrophe. Il est tout particulièrement important de promouvoir la durabilité des services de santé après une catastrophe lorsque les infrastructures et les services de santé ont été gravement perturbés. Cependant, pour assurer leur durabilité, il faudra prendre en compte de nombreux facteurs différents relatifs à la gestion et d'ordre politique, institutionnel, financier et technique ; c'est donc un but qui ne s'inscrit pas dans la portée du présent document. Les agences du secteur de la santé et leur personnel doivent garder à l'esprit que, fréquemment, les décisions prises durant une intervention en situation de catastrophe peuvent soit contribuer à promouvoir soit miner la durabilité à plus long terme des services.

Norme 1 relative aux systèmes et aux infrastructures de santé: classement des services de santé selon leur priorité

Toutes les personnes ont accès à des services de santé qui sont classés selon leur priorité afin d'aborder les principales causes de mortalité et de morbidité excessives.

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

- Les principales causes de mortalité et de morbidité sont identifiées, documentées et suivies.
- Parmi les services de santé prioritaires figurent les interventions les plus appropriées et efficaces pour ce qui est de réduire la mortalité et la morbidité excessives (Cf. note d'orientation 1).
- Tous les membres de la communauté, y compris les groupes vulnérables, ont accès à des interventions prioritaires dans le domaine de la santé (Cf. note d'orientation 2).
- Les autorités sanitaires locales et les membres de la communauté participent à la conception et à la mise en œuvre des interventions prioritaires dans le secteur de la santé.
- On constate une collaboration active avec d'autres secteurs dans la conception et la mise en œuvre des interventions prioritaires en matière de santé, y compris l'eau et l'assainissement, la sécurité alimentaire, la nutrition, les abris et la protection.
- Le taux de mortalité brut (TMB) est maintenu, ou réduit, à moins de deux fois le taux de référence documenté pour la population avant le désastre (Cf. note d'orientation 3).
- Le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) est maintenu, ou réduit, à moins de deux fois le taux de référence documenté pour la population avant le désastre (Cf. note d'orientation 3).

Notes d'orientation

- 1. Interventions prioritaires dans le secteur de la santé:** elles varient selon le contexte, y compris le type de catastrophe et son impact. En basant la conception de ces interventions sur les principes de santé publique, on veillera à offrir les avantages les plus considérables possibles en matière de santé au plus grand nombre possible de personnes. Parmi les interventions prioritaires dans le domaine de la santé publique figurent l'approvisionnement adéquat en eau salubre, l'assainissement, la nourriture et les abris, la lutte contre les maladies infectieuses (par ex. vaccination contre la rougeole), les soins cliniques de base et la surveillance des maladies. Des services cliniques étendus, dont les soins en cas de traumatisme, bénéficient d'une priorité plus importante après une catastrophe associée à un grand nombre de blessés, comme un tremblement de terre.
- 2. Accès aux services de santé:** l'accès se basera sur le principe d'équité, à savoir assurer un accès égal selon les besoins, sans discrimination pouvant entraîner l'exclusion de groupes spécifiques. Dans la pratique, l'emplacement et la dotation en personnel des services de santé devront être organisés de manière à assurer un accès et une couverture optimaux. Les besoins particuliers des groupes vulnérables qui ne peuvent peut-être pas y accéder facilement seront abordés lors de la conception des services de santé. Lorsque des honoraires sont demandés aux utilisateurs, il faudra prendre des dispositions pour veiller à ce que les personnes n'ayant pas les moyens de verser ces honoraires aient tout de même accès aux services, par ex. exemption de paiement d'honoraires, coupons, etc.
- 3. Taux de mortalité brut et taux de mortalité des moins de 5 ans:** le taux de mortalité brut (TMB) journalier est l'indicateur sanitaire le plus spécifique et utile à surveiller dans une situation de catastrophe. Si le TMB de référence double, ceci indique une urgence considérable en matière de santé publique, qui nécessite une réaction immédiate. Le TMB de référence moyen pour les pays les moins développés est d'environ 0,38 morts/10.000 personnes/jour, celui de l'Afrique subsaharienne se situant à 0,44 ; pour les pays industrialisés, le TMB moyen se situe à environ 0,25/10.000/jour. Lorsque l'on ne connaît pas le taux de référence, les agences de santé viseront à le maintenir à moins de 1,0/10.000/jour. Le

Charte humanitaire et normes minimales

taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5) de référence pour les pays les moins développés est d'environ 1,03 morts/10.000 M5/jour, celui de l'Afrique subsaharienne se situant à 1,14 ; pour les pays industrialisés, ce taux se situe à environ 0,04/10.000 M5/jour. Lorsque l'on ne connaît pas le TMM5 de référence, les agences de santé viseront à le maintenir à moins de 2,0/10.000 M5/jour (Cf. annexes 2-3 et tableau ci-contre).

Baseline Reference Mortality Data by Region				
Région	TMB (morts/10.000 /jour)	Seuil d'urgence du TMB	TMM5 (morts/10.000 M5/jour)	Seuil d'urgence du TMM5
Afrique subsaharienne	0,44	0,9	1,14	2,3
Moyen-Orient et Afrique du nord	0,16	0,3	0,36	0,7
Asie du sud	0,25	0,5	0,59	1,2
Asie de l'est et Pacifique	0,19	0,4	0,24	0,5
Amérique latine et Caraïbes	0,16	0,3	0,19	0,4
Région Europe centrale et orientale/CÉI/États baltes	0,30	0,6	0,20	0,4
Pays industrialisés	0,25	0,5	0,04	0,1
Pays en voie de développement	0,25	0,5	0,53	1,1
Pays les moins développés	0,38	0,8	1,03	2,1
Monde	0,25	0,5	0,48	1,0

Source: *La situation des enfants dans le monde 2003*, UNICEF (données de 2001)

Norme 2 relative aux systèmes et infrastructures de santé: soutien aux systèmes nationaux et locaux de santé

Les services de santé sont conçus de manière à soutenir les systèmes, structures et prestataires existants dans le secteur de la santé.

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

- Des représentants du ministère de la Santé mènent l'intervention dans le secteur de la santé, lorsque c'est possible.

- Lorsque le ministère de la Santé n'en a pas la capacité, on identifie une autre agence dotée de la capacité requise afin de prendre la tête des opérations dans le secteur de la santé (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Les installations et services de santé locaux sont soutenus et renforcés par les agences participant à l'intervention (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Les travailleurs locaux du secteur de la santé sont soutenus et intégrés dans les services de santé, en tenant compte de l'équilibre entre les sexes et les ethnies (Cf. note d'orientation 3).
- Les services de santé incorporent ou adaptent les normes et lignes directrices nationales existantes dans le secteur de la santé du pays affecté par la catastrophe ou du pays d'accueil (Cf. note d'orientation 4).
- Aucune installation ou service de santé alternatif ou parallèle n'est établi, y compris des antennes chirurgicales étrangères, sauf si les capacités locales sont dépassées ou si la population n'a pas facilement accès aux services existants. L'autorité responsable en matière de santé est consultée sur cette question (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. Autorité responsable en matière de santé: lorsque le ministère de la Santé (MS) n'a pas une capacité suffisante pour assumer le rôle d'autorité responsable dans le domaine de la santé, une agence des Nations Unies assumera en général cette responsabilité, par exemple l'OMS, le HCR ou l'UNICEF. À l'occasion, lorsque ni le MS ni les organes onusiens ne sont dotés de la capacité nécessaire au niveau régional, du district ou local, une autre agence participante sera appelée à coordonner les activités, au moins temporairement. L'autorité responsable en matière de santé devra veiller à ce que les agences de santé participant à l'intervention soutiennent et renforcent les capacités des systèmes de santé locaux. De plus, elle devra s'assurer que les activités des agences de santé soient coordonnées et complémentaires.

2. Stratégie et politique générale dans le secteur de la santé: l'une des tâches majeures de l'autorité responsable en matière de santé consiste à développer une stratégie et une politique générale globales pour l'intervention sanitaire d'urgence. Dans l'idéal, il faudra produire un document de politique générale qui précise les priorités et les objectifs dans le secteur de la santé et fournisse un cadre pour les réaliser. Ce document devra être élaboré après une consultation avec les agences compétentes et les représentants de la communauté.

3. Travailleurs locaux du secteur de la santé: les professionnels de la santé et autres travailleurs sanitaires des communautés affectées par la catastrophe, y compris les assistants d'accouchement qualifiés/traditionnels, seront intégrés dans les services de santé lorsque c'est approprié. Il sera toujours préférable de compter des nombres égaux de femmes et d'hommes, mais ce ne sera pas toujours faisable dans les communautés au sein desquelles les prestataires de services de santé sont principalement de l'un ou l'autre sexe.

4. Normes et lignes directrices nationales: en général, les agences devront adhérer aux normes et lignes directrices en matière de santé du pays où est lancée l'intervention suite à la catastrophe, y compris aux protocoles de traitement et aux listes de médicaments essentiels (Cf. norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé). Ces normes et lignes directrices seront révisées dans le cadre d'une consultation avec le MS ou l'autorité responsable en matière de santé au début de l'intervention lors de la catastrophe afin d'en déterminer le caractère approprié. Lorsqu'elles sont dépassées ou qu'elles ne reflètent pas la pratique fondée sur des données probantes, il faudra les actualiser.

5. Antennes chirurgicales étrangères: à l'occasion, des antennes chirurgicales étrangères seront le seul moyen de dispenser des soins de santé lorsque les hôpitaux existants ne fonctionnent pas correctement. Cependant, il est en général plus efficace de fournir des ressources aux hôpitaux existants pour leur permettre de recommencer à fonctionner ou de faire face à la charge de travail supplémentaire. Il sera parfois approprié de déployer une antenne chirurgicale pour le traitement immédiat des blessures traumatiques (premières 48 heures), les soins secondaires des blessures traumatiques et les urgences de routine (jours 3 à 15), ou bien comme installation temporaire remplaçant un hôpital local endommagé jusqu'à ce

qu'il ait été réparé (jusqu'à plusieurs années). Pour déterminer s'il est approprié de déployer une antenne chirurgicale, il doit y avoir un besoin bien défini, l'antenne chirurgicale doit être en mesure de fournir des services appropriés, elle ne doit pas ponctionner les ressources locales et elle doit présenter un bon rapport coûts-efficacité.

Norme 3 relative aux systèmes et infrastructures de santé: coordination

Les personnes ont accès à des services de santé qui sont coordonnés entre agences et secteurs de manière à produire l'impact maximum.

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

- Des mécanismes de coordination sont établis au niveau central (national ou régional) et au niveau du terrain au sein du secteur de la santé, et entre ce secteur et les autres.
- Les responsabilités spécifiques de chaque agence de santé sont éclaircies et documentées dans le cadre d'une consultation avec l'autorité responsable en matière de santé afin de garantir la couverture optimale de la population et la complémentarité des services (Cf. note d'orientation 1).
- Des réunions régulières de coordination du secteur de la santé sont tenues pour les partenaires locaux et externes aux niveaux central et du terrain (Cf. note d'orientation 2).

Notes d'orientation

1. Coordination entre les agences de santé: que l'autorité responsable en matière de santé soit le ministère de la Santé ou une autre agence, toutes les agences du secteur de la santé doivent coordonner leurs activités avec les services sanitaires nationaux et locaux. Dans les contextes de réfugiés, les agences doivent coordonner leurs activités avec le système de santé du pays d'accueil. Lorsque plusieurs agences de santé opèrent sur le terrain, en

continuant d'assigner les responsabilités, on contribuera à veiller à ce que les lacunes du secteur de la santé soient comblées et à éviter la répétition.

2. Réunions de coordination: elles doivent constituer un forum au sein duquel les informations pourront être partagées, les priorités identifiées et suivies, les stratégies communes en matière de santé développées et adaptées, les tâches spécifiques assignées, et les protocoles et interventions standardisés convenus. Ces réunions auront lieu, pour commencer, au moins une fois par semaine.

Norme 4 relative aux systèmes et infrastructures de santé: soins de santé primaires

Les services de santé se basent sur les principes appropriés des soins de santé primaires.

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

- Toutes les personnes ont accès à des informations relatives à la santé qui leur permettent de protéger et de promouvoir leurs santé et bien-être propres (Cf. note d'orientation 1).
- Des services de santé sont fournis au niveau approprié du système de santé: foyer/communauté, services de santé périphériques, services de santé centraux, hôpitaux spécialisés (Cf. note d'orientation 2).
- Un système standardisé d'orientation vers des services spécialisés est mis en place par l'autorité responsable en matière de santé et utilisé par les agences de santé. Des moyens de transport adaptés sont organisés pour permettre aux patients de bénéficier de ces services.
- Les services et les interventions dans le secteur de la santé se basent sur des méthodes bien fondées sur le plan scientifique et sur des données probantes, dans la mesure du possible.
- Les services et les interventions dans le secteur de la santé utilisent

des technologies appropriées, et sont socialement et culturellement acceptables.

Notes d'orientation

- 1. Information et éducation en matière de santé:** un programme actif d'éducation et de promotion communautaires en matière de santé devra être lancé dans le cadre d'une consultation avec les autorités sanitaires locales et les représentants de la communauté. Il devra prendre en compte les comportements favorables à la santé et les convictions de la population dans ce domaine. Il devra donner des informations sur les principaux problèmes endémiques de santé, les risques sanitaires majeurs, la disponibilité et l'emplacement des services de santé, et les comportements qui protègent et favorisent la santé. Les messages et matériels relatifs à la santé publique emploieront un langage et des moyens de communication appropriés, et seront sensibles sur le plan culturel. Dans la mesure du possible, le contenu des messages de santé publique sera cohérent entre toutes les agences de santé participant à la mise en œuvre de l'intervention.
- 2. Dispensaires mobiles:** lors de certaines catastrophes, il sera peut-être nécessaire de faire fonctionner des dispensaires mobiles afin de satisfaire les besoins de communautés isolées ou nomades qui ont un accès limité aux soins. D'après l'expérience, lorsqu'ils sont gérés de manière appropriée, ces services peuvent venir satisfaire un besoin vital. Lorsqu'ils ne le sont pas, les dispensaires mobiles peuvent être sous-utilisés, supplanter les services sanitaires existants et représenter une utilisation inefficace de ressources limitées. Ils ne seront introduits qu'après une consultation avec l'autorité responsable en matière de santé et les représentants locaux du secteur de la santé.

Norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé: services cliniques

Les personnes ont accès à des services cliniques qui sont standardisés et suivent des protocoles et des lignes directrices acceptés.

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

- Le nombre, le niveau et l'emplacement des installations de santé sont appropriés pour satisfaire les besoins de la population (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Le nombre, les compétences et l'équilibre sur les plans du sexe et de l'ethnie des membres du personnel dans chaque installation de santé sont appropriés pour satisfaire les besoins de la population (Cf. notes d'orientation 1-2).
- On atteint un niveau de dotation en personnel adéquat pour que les cliniciens ne soient pas appelés à consulter constamment plus de 50 patients par jour. Si ce plafond est régulièrement dépassé, on recrute des membres du personnel clinique supplémentaires (Cf. annexe 3).
- Les taux d'utilisation au sein des installations de santé font l'objet d'un suivi et des mesures rectificatives sont prises en cas d'utilisation insuffisante ou excessive (Cf. note d'orientation 3).
- Des protocoles standardisés de gestion des cas sont mis sur pied par l'autorité responsable en matière de santé, et observés par les agences de santé (Cf. note d'orientation 4).
- Une liste standardisée des médicaments essentiels est dressée par l'autorité responsable en matière de santé, et elle est observée par les agences de santé (Cf. note d'orientation 4).
- Le personnel clinique est formé et supervisé pour ce qui est de l'utilisation des protocoles et de la liste des médicaments essentiels (Cf. notes d'orientation 5-6).

- Les personnes ont accès à un approvisionnement constant de médicaments au travers d'un système standardisé de gestion des médicaments qui adhère aux lignes directrices acceptées (Cf. note d'orientation 7).
- Les dons de médicaments ne sont acceptés que s'ils suivent des lignes directrices internationalement reconnues. Les dons qui n'adhèrent pas à ces lignes directrices ne sont pas utilisés et sont éliminés de façon sûre.
- Les dépouilles des défunts sont traitées d'une manière digne, culturellement appropriée et conforme aux bonnes pratiques du secteur de la santé publique (Cf. note d'orientation 8).

Notes d'orientation

1. **Installations de santé et dotation en personnel:** le nombre et l'emplacement des installations de santé requises et le nombre et les compétences des membres du personnel à tous les niveaux peuvent varier d'un contexte à l'autre. Si l'on s'assure de la présence de ne serait-ce qu'un agent de santé de sexe féminin ou un représentant d'un groupe ethnique minoritaire au sein du personnel, on pourra augmenter considérablement l'accès aux services de santé des femmes ou des personnes appartenant à des groupes minoritaires. Il est interdit d'entreprendre des actions ou des activités qui mettent en péril la neutralité des installations de santé, comme le port d'armes.
2. **Niveau de dotation en personnel:** les lignes directrices ci-après constituent une référence utile, mais devront éventuellement être adaptées en fonction du contexte. Le terme "agent sanitaire qualifié" se réfère à un prestataire de services de santé ayant suivi une formation formelle, comme par exemple un médecin, un infirmier, un agent clinique ou un auxiliaire médical.
 - a. Niveau de la communauté: un agent sanitaire communautaire pour 500-1.000 personnes, un assistant d'accouchement qualifié/traditionnel pour 2.000 personnes, un superviseur pour 10 visiteurs à domicile, un superviseur responsable.

b. Installation de santé périphérique (pour une population d'environ 10.000 personnes): total de deux à cinq membres du personnel ; au moins un agent sanitaire qualifié, sur la base d'un clinicien effectuant 50 consultations par jour ; personnel non qualifié pour administrer la thérapie de réhydratation orale (TRO), faire les pansements, etc. et se charger des inscriptions, de l'administration, etc.

c. Installation de santé centrale (pour une population d'environ 50.000 personnes): au minimum cinq agents sanitaires qualifiés, au minimum un médecin, un agent sanitaire qualifié pour 50 consultations par jour (soins des patients en consultation externe) ; un agent sanitaire qualifié pour 20 à 30 lits, services 24 heures (soins des patients hospitalisés). Un agent sanitaire non qualifié pour administrer la TRO, un/deux pour la pharmacie, un/deux pour les pansements, les injections, la stérilisation. Un technicien de laboratoire. Personnel non qualifié pour les inscriptions, la sécurité, etc.

d. Hôpital spécialisé: variable. Au moins un médecin doté de compétences en chirurgie, un infirmier pour 20 à 30 lits par période de travail.

3. Taux d'utilisation des services de santé: la fréquentation des installations de santé contribuera à déterminer le taux d'utilisation. Il n'existe aucun seuil de référence pour l'utilisation, car elle varie d'un contexte à l'autre, et souvent d'une saison à l'autre. Cependant, elle augmente en général considérablement au sein des populations affectées par les catastrophes. Au sein des populations stables, les taux d'utilisation sont en général de 0,5 à 1,0 nouvelle consultation par personne et par an. Au sein des populations déplacées, on peut s'attendre à une moyenne de 4,0 nouvelles consultations par personne et par an. Si le taux est inférieur à ce que l'on avait prévu, il pourrait indiquer un accès inadéquat aux installations de santé, par exemple du fait de l'insécurité ou de la faible capacité des services de santé. Si le taux est supérieur, il pourrait suggérer une surutilisation due à un problème spécifique de santé publique (par ex. flambée d'une maladie infectieuse), ou à une sous-estimation de la population cible. Lors de l'analyse des taux d'utilisation, il faudra tenir compte du sexe, de l'âge, de l'origine ethnique et des handicaps afin de veiller à ce que les groupes vulnérables ne soient pas sous-représentés (Cf. annexe 3).

4. Protocoles standardisés de traitement et listes de médicaments

essentiels: la plupart des pays ont établi des listes de médicaments essentiels ou des formulaires nationaux, et beaucoup ont des protocoles de traitement pour la gestion des maladies et des blessures communes. Ces protocoles et listes de médicaments seront examinés dans le cadre d'une consultation avec le ministère de la Santé ou l'autorité responsable en matière de santé au début de l'intervention lors de la catastrophe pour déterminer si elles sont appropriées ou non. À l'occasion, il sera nécessaire d'apporter des modifications aux protocoles et aux listes de médicaments nationaux établis, par ex. s'il existe des données indiquant une résistance aux antibiotiques ou aux agents anti-paludisme recommandés. S'il n'existe pas de protocoles ou de listes de médicaments essentiels, il faudra suivre les lignes directrices établies par l'OMS ou le HCR, par exemple le "Nouveau kit sanitaire d'urgence".

5. Formation et supervision du personnel: les agents sanitaires doivent avoir suivi la formation correcte et posséder des compétences appropriées pour leur niveau de responsabilité. Les agences de santé sont tenues de dispenser une formation à leur personnel en veillant à ce que leurs connaissances soient à jour. La formation et la supervision seront des priorités absolues, en particulier lorsque les membres du personnel n'ont pas suivi une éducation continue, ou lors de l'introduction de nouveaux systèmes et protocoles de santé. Dans la mesure du possible, les programmes de formation devront être standardisés et reliés aux programmes nationaux.

6. Droits des patients: du fait de nombreux facteurs associés aux catastrophes, il pourra parfois être difficile de faire invariablement respecter les droits des patients à l'intimité, à la confidentialité et au consentement éclairé. Cependant, dans la mesure du possible, le personnel sanitaire devra tenter de protéger et de promouvoir ces droits. Les installations et services de santé seront conçus de façon à assurer l'intimité et la confidentialité (Cf. norme 6 relative aux systèmes et infrastructures de santé, note d'orientation 3). Le consentement éclairé sera demandé aux patients avant toute procédure médicale ou chirurgicale. Les patients ont le droit de savoir ce que chaque procédure entraîne, ainsi que ses avantages prévus, sa durée, son coût et les risques potentiels.

- 7. Gestion des médicaments:** en plus d'utiliser la liste des médicaments essentiels, les agences de santé doivent établir un système efficace de gestion des médicaments. Le but de ce type de système est de garantir l'utilisation efficace, rentable et rationnelle des médicaments. Ce système se basera sur les quatre éléments clés du cycle de gestion des médicaments: sélection, achat, distribution et utilisation (Cf. Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply* (Gestion de l'approvisionnement en médicaments), deuxième édition).
- 8. Restes des défunts:** lorsqu'une catastrophe entraîne une mortalité importante, il faudra gérer un grand nombre de cadavres. Les dépouilles ne seront pas jetées sans cérémonie dans des fosses communes, car ceci ne saurait être justifié comme mesure de santé publique, viole des normes sociales importantes et peut gâcher des ressources peu abondantes. La gestion en masse des restes humains se base souvent sur la conviction, erronée, qu'ils représentent un danger d'épidémie s'ils ne sont pas enterrés ou brûlés immédiatement. En fait, le danger pour la santé représenté par des cadavres est en général négligeable. Ce n'est que dans quelques cas spéciaux que les cadavres humains comportent des risques pour la santé et requièrent des précautions spécifiques, par ex. lorsque la mort a été causée par le choléra ou une fièvre hémorragique. Les familles devront avoir l'occasion d'organiser des funérailles et des enterrements culturellement appropriés. Lorsque les personnes enterrées ont été victimes de violences, il faudra tenir compte des questions médico-légales (Cf. également norme 2 relative aux abris et aux établissements, note d'orientation 3, page 257).

Norme 6 relative aux systèmes et infrastructures de santé: systèmes d'information en matière de santé

La conception et le développement des services de santé sont guidés par la collecte, l'analyse et l'utilisation continues et coordonnées de données pertinentes relatives à la santé publique.

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

- Un système d'information sanitaire standardisé (SIS) est mis en œuvre par toutes les agences de santé pour recueillir systématiquement les données pertinentes sur la démographie, la mortalité, la morbidité et les services de santé (Cf. notes d'orientation 1-2 et annexes 2-3).
- Une (ou plusieurs) agence(s) désignée(s) chargée(s) de la coordination du SIS est (ou sont) identifiée(s) pour organiser et superviser le système.
- Les installations et agences de santé présentent les données découlant de la surveillance à l'agence désignée chargée de coordonner le SIS, ce à intervalles réguliers. La fréquence de ces comptes rendus variera selon le contexte ; elle peut être quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle, par exemple.
- Un rapport épidémiologique régulier, comportant une analyse et une interprétation des données, est produit par l'agence désignée chargée de coordonner le SIS et distribué à toutes les agences concernées, aux décideurs et à la communauté. La fréquence de ce rapport variera selon le contexte (par exemple quotidienne, hebdomadaire ou mensuelle).
- Les agences prennent des précautions adéquates pour la protection des données afin de garantir les droits et la sécurité des individus et/ou des populations (Cf. note d'orientation 3).
- Le SIS comporte un élément d'alerte précoce pour garantir la détection opportune des flambées de maladies infectieuses et la réaction à ces flambées (Cf. norme 5 relative à la lutte contre les maladies transmissibles, page 334).
- Des données supplémentaires provenant d'autres sources sont invariablement utilisées afin d'interpréter les données de surveillance et d'orienter la prise de décisions (Cf. note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Système d'information sanitaire (SIS):** dans la mesure du possible, le SIS se base sur le système de surveillance déjà en place. Dans certaines situations d'urgence, un système nouveau ou parallèle sera parfois requis, ce qui sera déterminé en consultation avec l'autorité responsable en matière de santé. Le SIS sera conçu de manière à être souple et devra évoluer au fil du temps. Durant l'intervention suite à la catastrophe, les données relatives à la santé engloberont, sans s'y limiter, les éléments suivants:
 - a. taux de mortalité brut ;
 - b. taux de mortalité des moins de cinq ans ;
 - c. mortalité proportionnelle ;
 - d. taux de mortalité spécifique à certaines causes ;
 - e. taux d'incidence pour les maladies les plus communes ;
 - f. taux d'utilisation des installations de santé ;
 - g. nombre de consultations par clinicien et par jour.
2. **Ventilation des données:** les données seront ventilées par âge et par sexe dans la mesure du possible afin d'orienter la prise de décisions. Il pourra s'avérer difficile de ventiler les données de manière détaillée durant les premières étapes d'une catastrophe. Cependant, les données relatives à la mortalité et la morbidité des enfants de moins de cinq ans seront documentées dès le début, car ce groupe court en général des risques particuliers. De plus, il est utile de ventiler les données relatives à la mortalité et à la morbidité par sexe pour détecter les différences sur ce plan. Si le temps et les conditions le permettent, on tentera de ventiler les données de façon plus détaillée, afin de découvrir d'autres différences entre les tranches d'âge (par exemple 0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus) et entre les sexes.
3. **Confidentialité:** la confidentialité des données et des dossiers médicaux doit être assurée. Il faut prendre des précautions adéquates pour protéger la sécurité de l'individu, ainsi que les données elles-mêmes. Les membres du personnel ne partageront jamais des informations relatives à un patient

avec toute personne qui ne prend pas directement part aux soins qui lui sont dispensés, sans la permission préalable de ce patient. Les données liées aux traumatismes causés par la torture ou autres violations des droits de l'homme seront traitées avec les plus grandes précautions. On envisagera éventuellement de communiquer ces informations à certains acteurs ou institutions appropriés, si la personne concernée y consent.

- 4. Sources de données supplémentaires:** parmi les sources de données pertinentes ayant trait à la santé, on peut citer les rapports de laboratoires, les enquêtes, les comptes rendus de cas particuliers, les mesures de la qualité des services et les autres secteurs liés aux programmes.

Cf. annexe 2 pour des exemples de formulaires sur la mortalité et la morbidité hebdomadaires et annexe 3 pour les formules de calcul des taux de mortalité et de morbidité.

2 Lutte contre les maladies transmissibles

L'augmentation des taux de morbidité et de mortalité due aux maladies transmissibles survient plus fréquemment dans le cadre des urgences complexes que lors d'autres types de catastrophe. Dans beaucoup de ces contextes, en particulier dans les pays en développement, entre 60 et 90% des morts ont été attribuées à l'une de ces quatre importantes causes d'infection: la rougeole, la diarrhée, les infections respiratoires aiguës et le paludisme. La malnutrition aiguë est souvent associée à l'augmentation des taux de létalité de ces maladies, en particulier parmi les jeunes enfants. Il y a également eu des flambées d'autres maladies transmissibles, comme la méningite cérébro-spinale, la fièvre jaune, l'hépatite virale et la typhoïde, dans certains contextes.

Les flambées de maladies transmissibles sont bien moins fréquemment associés aux catastrophes survenant subitement. Lorsqu'elles ont lieu, elles sont en général associées à la perturbation de l'assainissement et à la qualité médiocre de l'eau. L'utilisation potentielle d'agents biologiques comme armes par les terroristes et les forces militaires soulève de nouvelles préoccupations pour les agences intervenant dans les situations de catastrophe et celles participant à l'assistance humanitaire. La réaction aux incidents dans lesquels sont présentes des armes biologiques n'est pas spécifiquement abordée dans les normes ci-après, mais plusieurs des normes et des indicateurs sont applicables à ce type d'incident.

Norme 1 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: prévention

Les personnes ont accès à des informations et des services conçus pour prévenir les maladies transmissibles qui contribuent de la façon la plus significative à une morbidité et une mortalité excessives.

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

- Des mesures générales de prévention sont développées et mises en œuvre en coordination avec les autres secteurs concernés (Cf. note d'orientation 1).
- Les messages d'éducation en matière de santé communautaire fournissent aux individus des informations sur la façon de prévenir les maladies transmissibles communes et d'accéder aux services appropriés (Cf. norme 4 relative aux systèmes et infrastructures de santé, page 315).
- Des mesures spécifiques de prévention, comme une campagne massive de vaccination contre la rougeole et un Programme élargi de vaccination (PEV) sont mises en œuvre selon ce qui est indiqué (Cf. note d'orientation 2 et norme 2 relative à la lutte contre les maladies transmissibles).

Notes d'orientation

- 1. Mesures générales de prévention:** la plupart de ces interventions sont développées en coordination avec les autres secteurs, y compris:
 - l'eau et l'assainissement: quantité et qualité suffisantes d'eau, assainissement adéquat, promotion de l'hygiène, lutte antivectorielle, etc. (Cf. Eau, assainissement et promotion de l'hygiène, page 61) ;
 - la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire: accès à des aliments adéquats et gestion de la malnutrition (Cf. Sécurité alimentaire, nutrition et aide alimentaire, page 121) ;
 - abris: abris suffisants et adéquats (Cf. Abris, établissements humains et articles non alimentaires, page 241).

2. Prévention de la rougeole et Programme élargi de vaccination

(PEV): étant donné que la rougeole présente un fort potentiel de flambées et de mortalité, la vaccination de masse des enfants contre cette maladie est souvent une priorité au sein des populations affectées par une catastrophe, en particulier celles qui ont été déplacées et/ou affectées par un conflit. La vaccination contre d'autres maladies infantiles au travers d'un PEV est en général une priorité moindre, car les flambées de ces maladies sont moins fréquentes et les risques qui leur sont associés sont plus faibles. Par conséquent, les autres vaccins du PEV sont en général introduits une fois que les besoins immédiats de la population ont été satisfaits. Les exceptions à cette ligne directrice sont, entre autres, les flambées continues de maladies comme la coqueluche ou la diphtérie, auquel cas la vaccination contre ces maladies devient également prioritaire.

Norme 2 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: prévention de la rougeole

Tous les enfants âgés de 6 mois à 15 ans sont immunisés contre la rougeole.

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

- On procède, dès le début de l'intervention d'urgence, à une estimation de la couverture vaccinale contre la rougeole des enfants de 9 mois à 15 ans, afin de déterminer la prévalence de la susceptibilité à la rougeole (Cf. note d'orientation 1).
- Si on estime que la couverture vaccinale est inférieure à 90%, on lance une campagne de vaccination de masse contre la rougeole pour les enfants âgés de 6 mois à 15 ans (y compris l'administration de vitamine A aux enfants de 6 à 59 mois). Cette campagne de vaccination est coordonnée avec les autorités sanitaires nationales et locales, y compris le Programme élargi de vaccination (Cf. note d'orientation 2).

- Une fois la campagne achevée:
 - au moins 95% des enfants de 6 mois à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole
 - au moins 95% des enfants de 6 à 59 mois ont reçu une dose appropriée de vitamine A.
- Tous les nourrissons vaccinés entre 6 et 9 mois reçoivent une autre dose du vaccin contre la rougeole une fois qu'ils ont 9 mois (Cf. note d'orientation 3).
- La vaccination continue de routine des enfants de 9 mois est établie afin d'assurer le maintien de la couverture minimale de 95%. Ce système est relié au Programme élargi de vaccination.
- Pour les populations mobiles ou déplacées, un système continu est mis en place pour veiller à ce qu'au moins 95% des nouveaux venus âgés de 6 mois à 15 ans soient vaccinés contre la rougeole.

Notes d'orientation

- 1. Prévention de la rougeole:** la rougeole fait partie des virus les plus contagieux que l'on connaisse et peut aller de pair avec des taux de mortalité élevés. Dans tous les cas où une situation d'urgence a créé des conditions de surpeuplement, de déplacements de populations et de hauts niveaux de malnutrition, il existe un risque important d'une flambée de rougeole. Il faut donc accorder la plus grande priorité aux campagnes de vaccination de masse contre la rougeole, ce au plus tôt, dans les contextes de ce type. Le personnel, les vaccins, l'équipement de la chaîne du froid et autres fournitures permettant de mener une campagne de masse devront être réunis dès que possible. Si on ne connaît pas la couverture vaccinale de la population, on entreprendra la campagne en se basant sur la supposition que la couverture est inadéquate.
- 2. Tranches d'âge pour la vaccination contre la rougeole:** certains enfants plus âgés auront peut-être échappé aux campagnes antérieures de vaccination contre la rougeole et aussi à la maladie elle-même. Ces enfants continuent de courir le risque de contracter la rougeole et peuvent être source d'infection pour les nourrissons et les enfants en bas âge, qui courent un risque supérieur de mourir de la maladie. C'est pourquoi il est

recommandé de vacciner les enfants jusqu'à l'âge de 15 ans. Dans les contextes où les ressources sont peu abondantes, toutefois, il ne sera pas toujours possible de vacciner tous les enfants de 6 mois à 15 ans. Dans ces cas, on donnera la priorité à la vaccination des enfants âgés d'entre 6 et 59 mois.

- 3. Renouvellement du vaccin contre la rougeole pour les enfants de 6 à 9 mois:** le renouvellement du vaccin contre la rougeole devra se faire dès que l'enfant a 9 mois, sauf pour les enfants qui ont reçu leur première dose après 8 mois. Ces enfants recevront la dose répétée après un délai minimum de 30 jours.

Norme 3 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: diagnostic et gestion des cas

Les personnes ont accès à un diagnostic et un traitement efficaces pour les maladies infectieuses qui contribuent le plus à la morbidité et la mortalité excessives évitables.

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

- On utilise invariablement des protocoles standardisés de gestion des cas pour le diagnostic et le traitement des maladies infectieuses les plus communes (Cf. note d'orientation 1 ; Cf. également norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé).
- Les messages d'éducation en matière de santé publique encouragent les personnes à consulter très tôt en cas de fièvre, de toux, de diarrhée, etc., en particulier en ce qui concerne les enfants, les femmes enceintes et les personnes âgées.
- Dans les régions où le paludisme est endémique, un protocole est mis en place pour assurer un diagnostic précoce (<24 heures) des cas de fièvre et un traitement avec des médicaments de première ligne très efficaces (Cf. note d'orientation 2).
- On dispose de services de laboratoires, qui sont utilisés lorsque c'est indiqué (Cf. note d'orientation 3).

- Un programme de contrôle de la tuberculose n'est introduit qu'après avoir pris en considération les critères reconnus (Cf. note d'orientation 4).

Notes d'orientation

- 1. Gestion intégrée des maladies infantiles:** lorsque la gestion intégrée des maladies infantiles (GIMI) a été développée dans un pays, et lorsque des lignes directrices cliniques ont été adaptées, ces lignes directrices seront de préférence incorporées dans les protocoles standardisés. Il a été démontré que la GIMI améliore la qualité des soins dispensés aux enfants de moins de cinq ans.
- 2. Paludisme:** l'incidence du paludisme est susceptible de s'accroître dans les quelques jours/semaines suivant des mouvements massifs de populations dans les zones endémiques. Étant donné la résistance répandue et croissante à la chloroquine et à la sulphadoxine-pyriméthamine (Fansidar), il peut s'avérer nécessaire d'utiliser des médicaments anti-paludéens plus efficaces. Ceci sera tout particulièrement important pour les populations non immunisées et vulnérables exposées au paludisme à falciparum. Les thérapies combinées utilisant des dérivés de l'artémisinine sont préférables. Le choix des médicaments sera déterminé dans le cadre d'une consultation avec l'autorité responsable en matière de santé, et après un examen des données relatives à l'efficacité des médicaments. Il faudra utiliser les protocoles standardisés de l'OMS pour évaluer l'efficacité des médicaments.
- 3. Services de laboratoires:** l'établissement d'un laboratoire clinique n'est pas une priorité durant la phase initiale de la plupart des catastrophes. Les maladies transmissibles les plus communes peuvent en général être diagnostiquées cliniquement et le traitement sera en général présomptif. Les tests en laboratoires seront tout particulièrement utiles au moment de confirmer le diagnostic lors d'une flambée soupçonnée pour laquelle l'immunisation en masse pourrait être indiquée (par ex. méningite cérébro-spinale) ou dans le cadre de laquelle les tests sur des cultures et de sensibilité aux antibiotiques pourraient influencer les décisions concernant la gestion des cas (par ex. dysenterie). Par conséquent, il sera important

d'identifier un laboratoire établi, soit au niveau national soit dans un autre pays, qui soit à même d'effectuer les investigations microbiologiques appropriées. Des lignes directrices concernant la collecte correcte de spécimens et leur transport seront requises.

- 4. Contrôle de la tuberculose:** on a souvent documenté une importante prévalence de tuberculose parmi les réfugiés et autres populations affectées par la guerre. Cependant, les programmes de contrôle de la tuberculose incorrectement mis en œuvre peuvent faire plus de mal que de bien, en prolongeant l'infectiosité et en contribuant à la propagation de bacilles résistants à des médicaments multiples. Bien que la gestion de patients individuels atteints de tuberculose puisse être possible durant une situation d'urgence, un programme complet de contrôle de la tuberculose ne devra être mis en œuvre qu'après avoir pris en considération les critères reconnus (Cf. OMS, *Tuberculosis Control in Refugee Situations: An Interagency Field Manual* – Contrôle de la tuberculose dans les situations de réfugiés: un manuel de terrain inter-agences). Lorsqu'ils sont mis en œuvre, les programmes de contrôle de la tuberculose dans ces contextes devront être intégrés dans le programme national ou du pays d'accueil, et suivre la stratégie bien établie de la thérapie de courte durée directement observée.

Norme 4 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: état de préparation aux flambées éventuelles

Des mesures sont prises pour se préparer en vue des flambées éventuelles de maladies infectieuses et pour y réagir.

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

- Un plan d'enquête et de contrôle relatifs à la flambée est élaboré (Cf. note d'orientation 1).

- Des protocoles pour l'enquête et le contrôle relatifs aux flambées communes sont disponibles et distribués aux membres du personnel compétents.
- Les membres du personnel reçoivent une formation sur les principes de l'enquête et du contrôle relatifs aux flambées, y compris les protocoles de traitement appropriés.
- Des stocks de réserve de médicaments essentiels, de fournitures médicales, de vaccins et de matériel de protection de base sont disponibles et il est possible de se les procurer rapidement (Cf. note d'orientation 2).
- Les sources de vaccins pour les flambées pertinentes (par ex. rougeole, méningite cérébro-spinale, fièvre jaune) sont identifiées de façon à permettre l'achat et l'utilisation rapides de ces vaccins (Cf. note d'orientation 2).
- On identifie à l'avance des sites pour l'isolement et le traitement des patients infectieux, par exemple centres de traitement du choléra.
- Un laboratoire est identifié, au niveau local, régional, national ou dans un autre pays, qui soit à même de confirmer les diagnostics (Cf. note d'orientation 3).
- Des matériels d'échantillonnage et des milieux de transport pour les agents infectieux les plus susceptibles de causer une flambée soudaine sont disponibles sur le site, afin de permettre le transfert des spécimens à un laboratoire approprié. De plus, on peut conserver plusieurs tests rapides sur le site (Cf. note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. Plan d'enquête et de contrôle relatifs à la flambée: les questions suivantes seront abordées dans le plan:

- a. les circonstances dans lesquelles une équipe de contrôle de la flambée doit être réunie ;
- b. la composition de l'équipe de contrôle de la flambée, y compris des

- représentants des secteurs appropriés, comme par exemple la santé, l'eau et l'assainissement ;
- c. les rôles et responsabilités spécifiques des organisations et les positions au sein de l'équipe ;
 - d. les dispositions pour consulter et informer les autorités aux niveaux local et national ;
 - e. les ressources et installations disponibles pour enquêter sur les flambées et y répondre.
- 2. Stocks de réserve:** dans les réserves sur le site devra figurer le matériel à utiliser pour répondre aux flambées probables. Il s'agira entre autres de sels de réhydratation orale, de fluides intraveineux, d'antibiotiques, de vaccins et de fournitures médicales. Des seringues jetables ou s'autodétruisant et des récipients de sécurité pour les aiguilles seront disponibles afin de prévenir la propagation de l'hépatite virale et du VIH. Un kit tout prêt pour le choléra sera indiqué dans certaines circonstances. Il ne sera pas toujours possible de conserver certains stocks sur le site, comme le vaccin de la méningite cérébro-spinale. Pour ces produits, les mécanismes d'achat, d'expédition et d'emménagement rapides seront déterminés à l'avance pour qu'on puisse se les procurer rapidement.
- 3. Laboratoires de référence:** un laboratoire de référence sera également identifié au niveau régional ou international qui puisse apporter son assistance pour des tests plus sophistiqués, comme la sensibilité aux antibiotiques pour la dysenterie *Shigella* ou le diagnostic sérologique des fièvres hémorragiques virales.
- 4. Milieux de transport et tests rapides:** le matériel de prélèvement d'échantillons (par ex. prélèvements rectaux) et les milieux de transport (par ex. Cary-Blair, Amies ou Stuarts pour le choléra, la *Shigella*, le *E. Coli* et la salmonelle, Translocate pour la méningite) seront disponibles sur le site, ou bien facilement accessibles. De plus, plusieurs nouveaux tests rapides sont disponibles qui peuvent être utiles au moment de confirmer les diagnostics de maladies transmissibles sur le terrain, y compris le paludisme et la méningite.

Norme 5 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: détection des flambées, enquête et réaction

Les flambées de maladies transmissibles sont détectées, et font l'objet d'une enquête et d'un contrôle dans des délais adéquats et de manière efficace.

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

- Le système d'information sanitaire (SIS) englobe un élément d'alerte précoce (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Le lancement de l'enquête sur la flambée a lieu dans les 24 heures suivant la notification.
- La flambée est décrite selon le moment, l'endroit et la personne, ce qui permet l'identification des groupes à risque. Des précautions adéquates sont prises pour protéger la sécurité des individus et des données.
- Des mesures de contrôle appropriées spécifiques à la maladie et au contexte sont mises en œuvre le plus tôt possible (Cf. notes d'orientation 3-4).
- Les taux de létalité sont maintenus à des niveaux acceptables (Cf. note d'orientation 5):
 - choléra: 1% ou moins ;
 - dysenterie Shigella: 1% ou moins ;
 - typhoïde: 1% ou moins ;
 - méningite cérébro-spinale: variable (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. Système d'alerte précoce pour les flambées de maladies infectieuses: les éléments clés d'un système de ce type engloberont:

- des définitions de cas et des seuils définis et distribués à toutes les

installations de santé tenues de présenter des comptes rendus ;

- des agents sanitaires communautaires formés pour détecter et signaler des flambées potentielles de l'intérieur de la communauté ;
- le signalement des flambées suspectées au niveau suivant approprié du système de santé dans les 24 heures suivant la détection ;
- des systèmes de communication établis pour veiller à la notification rapide des autorités sanitaires compétentes, par ex. radio, téléphone.

2. Confirmation de l'existence d'une flambée: il n'est pas toujours simple de déterminer si l'on est en présence d'une flambée, et il n'existe pas de définitions claires des seuils pour toutes les maladies.

a. Maladies pour lesquelles un seul cas peut indiquer une flambée: choléra, rougeole, fièvre jaune, Shigella, fièvres hémorragiques virales.

b. Méningite cérébro-spinale: pour les populations de plus 30.000 personnes, 15 cas/100.000 personnes/semaine en une semaine indiquent une flambée ; cependant, en cas de risque élevé de flambée (c'est-à-dire s'il n'y a pas eu de flambée au cours des 3 dernières années et si la couverture vaccinale est <80%), ce seuil est réduit à 10 cas/100.000/semaine. Au sein des populations de moins de 30.000 personnes, une incidence de cinq cas en une semaine ou le doublement du nombre de cas sur une période de trois semaines confirment une flambée.

c. Paludisme: il existe des définitions moins spécifiques. Cependant, une augmentation du nombre de cas supérieure à l'augmentation prévue pour l'époque de l'année au sein d'une population et dans une zone définies peut indiquer une flambée.

3. Contrôle de la flambée: il faut élaborer des mesures de contrôle conçues spécifiquement pour mettre fin à la transmission de l'agent causant la flambée. Souvent, les connaissances préexistantes concernant l'agent peuvent orienter la conception de mesures de contrôle appropriées dans des situations spécifiques. En général, les activités de réaction englobent:

- contrôle de la source. Parmi ces interventions peuvent figurer l'amélioration de la qualité et de la quantité de l'eau (par ex. choléra), le diagnostic et le traitement rapides (par ex. paludisme), l'isolement (par

ex. dysenterie), le contrôle des réservoirs des animaux (par ex. peste, fièvre de Lassa).

- protection des groupes prédisposés. Parmi ces interventions peuvent figurer l'immunisation (par ex. rougeole, méningite, fièvre jaune), la chimioprophylaxie (par ex. prévention du paludisme pour les femmes enceintes), l'amélioration de la nutrition (par ex. infections respiratoires aiguës).
- interruption de la transmission. Parmi les interventions peuvent figurer la promotion de l'hygiène (par ex. pour toutes les maladies transmises par voie oro-fécale), la lutte antivectorielle (par ex. paludisme, dengue).

(Cf. également chapitre 2: approvisionnement en eau, assainissement et promotion de l'hygiène, page 61.)

4. Lutte antivectorielle et paludisme: durant une flambée de paludisme, les mesures de lutte antivectorielle comme la pulvérisation de produits à effet rémanent à l'intérieur des bâtiments et la distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) devront être orientées par des évaluations entomologiques et des connaissances spécialisées. Ces interventions demandent un soutien et un suivi logistiques considérables qui ne seront pas toujours disponibles durant la phase initiale de la catastrophe. Pour les populations qui ont déjà un niveau élevé d'utilisation de MII (>80%), la réimprégnation des moustiquaires avec des pyréthroïdes pourra contribuer à enrayer la transmission (Cf. normes 1-2 relatives à la lutte antivectorielle, pages 91-96).

5. Taux de létalité (TL): si les TL dépassent ces niveaux précisés, une évaluation immédiate des mesures de contrôle sera entreprise, et des mesures rectificatives seront prises pour veiller à ce que ces TL soient maintenus à un niveau acceptable.

6. TL pour la méningite cérébro-spinale: le TL acceptable pour la méningite cérébro-spinale varie selon le contexte général et l'accessibilité aux services de santé. En général, les agences de santé s'efforceront d'atteindre un TL aussi bas que possible, bien que, durant une flambée, il puisse atteindre 20%.

Norme 6 relative à la lutte contre les maladies transmissibles: VIH/sida

Les personnes ont accès au “paquet” minimum de services pour prévenir la transmission du VIH/sida.

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

- Les personnes ont accès au “paquet” essentiel suivant de services durant la phase de la catastrophe:
 - préservatifs masculins gratuits et promotion de leur utilisation correcte ;
 - précautions universelles pour prévenir la transmission iatrogénique/nosocomiale dans les contextes d’urgence et de soins de santé ;
 - réserves de sang sûres ;
 - informations et éducation appropriées pour que les individus puissent prendre des mesures afin de se protéger eux-mêmes de la transmission du VIH ;
 - gestion syndromique des cas de maladies sexuellement transmissibles (MST) ;
 - prévention et gestion des conséquences de la violence sexuelle ;
 - soins de santé de base pour les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS).
- Des plans sont lancés pour élargir la gamme de services de contrôle du VIH durant la phase post-catastrophe (Cf. note d’orientation 1).

Notes d’orientation

1. Contrôle du VIH: durant les phases post-urgence et réhabilitation des catastrophes, l’élargissement des activités de contrôle du VIH se basera sur une évaluation des circonstances et besoins locaux. La participation de la

communauté, en particulier celle des personnes vivant avec le VIH et le sida (PVVS) et des personnes qui s'occupent d'elles, à la conception, à la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation du programme sera cruciale pour son succès. En plus des services déjà mis en œuvre durant la phase initiale, il faudra introduire des services plus complets de surveillance, de prévention, de traitement, de soins et de soutien. La fourniture de médicaments antirétroviraux pour traiter les PVVS n'est pas actuellement faisable dans la plupart des contextes humanitaires post-catastrophe, mais ceci pourrait changer à l'avenir, si les obstacles financiers et autres entravant leur utilisation sont éliminés. Les programmes de protection et d'éducation visant à réduire le stigma associé à la maladie et à protéger les personnes de la discrimination seront mis en œuvre dès que possible.

Note:

Les membres de Caritas Internationalis ne peuvent pas souscrire à la norme 6 de la section consacrée à la lutte contre les maladies transmissibles, car elle est liée à la promotion de l'utilisation de préservatifs, ni la norme 2 de la section consacrée à la lutte contre les maladies non transmissibles concernant le Dispositif minimum d'urgence (DMU) (Minimum Initial Service Package - MISP). Pour cette même raison, les membres de Caritas Internationalis ne peuvent pas approuver les normes relatives à l'utilisation de préservatifs ou du DMU qui pourraient figurer dans d'autres parties de ce manuel.

3 Lutte contre les maladies non transmissibles

Les augmentations de la morbidité et de la mortalité dues à des maladies non transmissibles sont une caractéristique commune de nombreuses catastrophes. Les blessures sont en général la cause principale, suivies des catastrophes naturelles soudaines, comme les tremblements de terre et les ouragans. Les blessures résultant de la violence physique sont également associées à toutes les urgences complexes, et peuvent constituer une cause majeure de mortalité excessive durant les crises de ce type. Les besoins de santé génésique (SG) des populations affectées par des catastrophes ont fait l'objet d'une plus grande attention durant les quelques dernières années, en particulier du fait de la prise de conscience accrue des problèmes comme le VIH/sida, la violence contre l'un ou l'autre sexe (ou "sexiste"), les besoins de soins obstétricaux d'urgence et la disponibilité insuffisante des services de SG les plus fondamentaux dans de nombreuses communautés. La nécessité de programmes améliorés de SG a été tout particulièrement reconnue dans le cadre des urgences complexes, mais elle existe également dans bien d'autres types de catastrophe.

Bien que difficiles à quantifier, les problèmes de santé mentale et psychosociaux peuvent accompagner tout type de contexte de catastrophe et post-catastrophe. Les horreurs, pertes, incertitudes et autres facteurs de stress accompagnant les catastrophes peuvent faire courir aux personnes un risque accru de problèmes psychiatriques,

psychologiques et sociaux de nature diverse. Enfin, on dispose de données qui indiquent une incidence accrue de complications aiguës de maladies chroniques associées aux catastrophes. Ces complications sont généralement dues à la perturbation des régimes de traitement en cours. Cependant, une variété d'autres facteurs de stress pourra venir précipiter une détérioration aiguë d'un problème médical chronique.

Norme 1 relative à la lutte contre les maladies non transmissibles : blessures

Les personnes ont accès à des services appropriés pour la gestion des blessures.

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

- Dans les situations dans lesquelles il y a un grand nombre de patients blessés, un système standardisé de triage est mis en place pour orienter les prestataires de soins de santé dans les domaines de l'évaluation, de l'établissement de priorités, de la réanimation de base et de l'orientation vers des services spécialisés (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Des lignes directrices standardisées pour la prestation de services de soins d'urgence et de réanimation de base sont établies (Cf. note d'orientation 3).
- Des protocoles standardisés sont établis pour l'orientation des patients blessés vers des services offrant des soins plus poussés, dont la chirurgie. Des moyens de transport appropriés sont organisés pour permettre aux patients de se rendre au service spécialisé.

- Les services de traumatisme définitif et chirurgicaux ne sont établis que par des agences dotées des connaissances spécialisées et des ressources appropriées (Cf. note d'orientation 4).
- Dans les situations pouvant donner lieu à un nombre potentiellement élevé de patients blessés, des plans d'urgence pour la gestion des victimes multiples sont développés pour les installations de santé concernées. Ces plans sont reliés à ceux mis en œuvre aux niveaux du district et de la région.

Notes d'orientation

1. **Classement des services de traumatisme selon leur priorité :** dans la plupart des catastrophes, il n'est pas possible de déterminer le nombre de personnes blessées qui vont nécessiter des soins cliniques. Suite à une catastrophe soudaine comme un tremblement de terre, entre 85 et 90% des personnes sauvées sont en général tirées des décombres par le personnel de secours ou bien par leurs voisins ou leur famille dans un délai de 72 heures. Par conséquent, lors de la planification des opérations de secours dans des régions sujettes aux catastrophes, il faudra surtout mettre l'accent sur la préparation de la population locale à apporter les soins initiaux. Il est important de noter que les interventions prioritaires dans le secteur de la santé sont conçues pour réduire la mortalité excessive évitable. Durant les conflits armés, la plupart des morts violentes traumatiques ont lieu dans des régions dangereuses éloignées des centres de santé, de sorte qu'elles ne peuvent pas en général être prévenues par des soins médicaux. Les interventions qui visent à protéger la population civile sont appelées à prévenir ces morts. Les interventions en matière de santé mises en œuvre durant un conflit doivent mettre l'accent sur les soins de santé publique et primaires basés au sein de la communauté, même dans les situations où il y a une incidence élevée de blessures violentes.
2. **Le triage :** il s'agit du processus consistant à catégoriser les patients en fonction de la gravité de leurs blessures ou de leur maladie, et d'établir des priorités entre les traitements selon les ressources disponibles et les chances de survie des patients. Le principe sous-jacent du triage est

l'affectation de ressources limitées de la manière qui confère le plus grand avantage sur le plan de la santé au plus grand nombre possible de personnes. Le triage ne signifie pas forcément que les individus présentant les blessures les plus graves auront la priorité. Dans un contexte de blessés multiples et de ressources limitées, les personnes présentant les blessures les plus graves et potentiellement mortelles pourront, en fait, recevoir une priorité inférieure aux personnes qui ont des blessures auxquelles elles sont plus susceptibles de survivre. Il n'existe pas de système de triage standardisé, et au niveau international plusieurs systèmes sont utilisés. La plupart des systèmes précisent entre deux et cinq catégories de blessures, quatre étant le nombre le plus commun.

3. Soins d'urgence et soins médicaux de base : il est possible que des soins chirurgicaux et de traumatisme définitif ne soient pas facilement disponibles, en particulier dans les contextes où les ressources sont peu abondantes. Mais il est important de noter que les premiers secours, la réanimation de base et les procédures n'entraînant pas d'opération peuvent sauver des vies, même celles de personnes grièvement blessées. Des procédures simples comme le dégagement des voies respiratoires, le contrôle des hémorragies et l'administration de fluides intraveineux peuvent contribuer à stabiliser les personnes présentant des blessures potentiellement mortelles avant leur transfert vers un centre spécialisé. La qualité de la gestion médicale initiale fournie peut par conséquent affecter significativement les chances de survie d'un patient. D'autres procédures non opératoires, comme le lavage et le pansement des blessures, et l'administration d'antibiotiques et de prophylaxie du tétanos, sont également importantes. Beaucoup de patients grièvement blessés peuvent survivre pendant plusieurs jours, voire plusieurs semaines, sans intervention chirurgicale, pourvu que des soins d'urgence, médicaux et infirmiers appropriés leur soient dispensés.

4. Traumatisme et soins chirurgicaux : tous les prestataires de services de santé doivent être en mesure de dispenser des soins d'urgence et d'appliquer les techniques de réanimation de base aux patients blessés. De plus, il est important d'avoir une capacité de triage pouvant sauver des vies à des points stratégiques, avec un lien avec un système d'orientation vers des services spécialisés. Cependant, les soins de traumatisme définitif et la chirurgie de guerre sont des domaines spécialisés qui

requièrent une formation spécifique et des ressources que peu d'agences possèdent. Les interventions chirurgicales non appropriées ou inadéquates peuvent faire plus de mal que l'absence de toute intervention. Seuls les organisations et les professionnels dotés des connaissances techniques spécialisées appropriées établiront donc ces services sophistiqués.

Norme 2 relative à la lutte contre les maladies non transmissibles : santé génésique

Les personnes ont accès au DMU pour satisfaire leurs besoins en matière de santé génésique.

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

- Un ou plusieurs organisation(s) et individu(s) sont identifiés pour faciliter la coordination et la mise en œuvre du DMU dans le cadre d'une consultation avec l'autorité responsable en matière de santé (Cf. note d'orientation 1).
- Des mesures sont prises par les agences de santé pour prévenir et gérer les conséquences de la violence contre l'un ou l'autre sexe (VS), en coordination avec d'autres acteurs concernés, en particulier les services de protection et communautaires (Cf. note d'orientation 2).
- Le nombre de cas de VS sexuelle et autres signalés aux services de santé, aux agents de protection et de sécurité fait l'objet d'un suivi et est communiqué à une agence (ou des agences) désignée(s) chargée(s) de ce problème. Les règles de la confidentialité sont appliquées à la collecte et à l'examen des données.
- Le plan minimum de services pour prévenir la transmission du VIH/sida est mis en œuvre (Cf. norme 6 relative à la lutte contre les maladies transmissibles).
- Un nombre adéquat de trousses d'accouchement propres, basé sur le nombre estimatif de naissances sur une période donnée, est disponible, et elles sont distribuées aux femmes visiblement

enceintes et aux assistants d'accouchement qualifiés/traditionnels pour encourager les accouchements à domicile dans de bonnes conditions d'hygiène.

- Des trousse d'accouchement pour les sages-femmes (UNICEF ou équivalent) en nombre adéquat sont distribuées aux installations de santé pour garantir des accouchements dans de bonnes conditions d'hygiène et sans risques.
- Un système standardisé d'orientation vers des services spécialisés est établi et encouragé au sein de la communauté, englobant des sages-femmes et des auxiliaires d'accouchement qualifiés/traditionnels, pour gérer les urgences obstétricales. Des moyens de transport appropriés sont organisés pour permettre aux patients de se rendre au centre spécialisé (Cf. note d'orientation 3).
- Des plans sont lancés afin de mettre en œuvre une gamme complète de services de santé génésique intégrés dans les soins de santé primaires, ce dès que possible (Cf. note d'orientation 4).

Notes d'orientation

1. **Minimum Initial Service Package** : le DMU est destiné à répondre aux besoins en matière de santé génésique (SG) de la population affectée durant la phase initiale d'une catastrophe. Le DMU est non seulement un ensemble d'équipement et de fournitures, mais aussi une série d'activités spécifiques relatives à la santé. Ses objectifs sont d'identifier un ou plusieurs individu(s) ou organisation(s) pour faciliter sa coordination et sa mise en œuvre, de prévenir et gérer les conséquences de la violence contre l'un ou l'autre sexe, de réduire la transmission du VIH/sida, de prévenir la mortalité et la morbidité néonatales et maternelles excessives, et de planifier la prestation de services complets de SG. Le kit de SG du FNUAP a été spécifiquement conçu pour faciliter la mise en œuvre du DMU. Il consiste en une série de 12 sous-kits qui peuvent être utilisés à chaque niveau séquentiel des soins : communauté/poste de santé, centre de santé et centre spécialisé.
2. **Violence contre l'un ou l'autre sexe (VS)** : il s'agit d'une caractéristique

commune de nombreuses urgences complexes, et même de beaucoup de catastrophes naturelles. Elle englobe des abus comme le viol, la violence conjugale, l'exploitation sexuelle, le mariage forcé, la prostitution forcée, la traite et les enlèvements. La prévention et la gestion de la VS exigent une collaboration et une coordination entre les membres de la communauté et entre les agences. Les services de santé devront inclure une gestion médicale pour les survivants d'attaques, une assistance socio-psychologique confidentielle et un service d'orientation vers des services spécialisés lorsque d'autres soins sont requis. L'agencement des établissements, la distribution des articles essentiels, et l'accès aux services de santé et aux autres programmes seront conçus de manière à réduire le potentiel de VS. L'exploitation sexuelle des populations affectées par la catastrophe, en particulier les enfants et les jeunes, par des membres du personnel d'agences humanitaires, des membres des effectifs militaires et d'autres personnes occupant des positions d'influence doit être activement prévenue et gérée. Des codes de conduite devront être élaborés et des mesures disciplinaires établies pour toute violation commise (Cf. norme relative aux compétences et aux responsabilités des travailleurs humanitaires, page 46).

3. **Soins urgents obstétricaux** : environ 15% des femmes enceintes auront des complications exigeant des soins obstétricaux essentiels, et jusqu'à 5% des femmes enceintes auront besoin d'une intervention chirurgicale, y compris une césarienne. Il faudra mettre en place des services de base pour les soins obstétriques essentiels au niveau du centre de santé, ce dès que possible. Ils engloberont : l'évaluation initiale, l'évaluation du bien-être du fœtus, l'épisiotomie, la gestion des hémorragies, la gestion des infections, la gestion de l'éclampsie, les naissances multiples, l'accouchement par le siège, l'accouchement par ventouse, et les soins spéciaux pour les femmes ayant subi une mutilation génitale. Des soins obstétricaux complets seront disponibles à l'hôpital spécialisé dès que possible, dont la césarienne, la laparotomie, la réparation des déchirures cervicales et vaginales de troisième degré, les soins pour les complications d'avortements dangereux, et les transfusions sanguines sans risque.
4. **Services de santé génésique complets** : les agences de santé planifieront l'intégration ultérieure de services complets de SG dans les

soins de santé primaires. Les services de SG ne seront pas établis comme des programmes verticaux séparés. Outre les interventions abordées dans le DMU, il y a d'autres éléments importants des services complets intégrés de SG, dont la maternité sans risques, la planification familiale et les conseils dans ce domaine, les services complets de VS, la gestion complète des MST et du VIH/sida, les besoins spécifiques des jeunes en matière de SG, et le suivi et la surveillance.

Norme 3 relative à la lutte contre les maladies non transmissibles : aspects mentaux et sociaux de la santé

Les personnes ont accès à des services sociaux et de santé mentale pour réduire la morbidité relative à la santé mentale, les handicaps et les problèmes sociaux.

Indicateurs clés pour les interventions sociales¹ (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

Durant la phase aiguë de la catastrophe, l'accent sera mis sur les interventions sociales.

- Les personnes ont accès à un flot continu et fiable d'informations sur la catastrophe et les efforts associés de secours humanitaires (Cf. note d'orientation 1).
- Les événements culturels et religieux normaux sont maintenus ou rétablis (y compris les rites de deuil menés par les praticiens spirituels et religieux appropriés). Les personnes sont en mesure de conduire des cérémonies funéraires (Cf. note d'orientation 2).

¹ Les indicateurs sociaux et psychologiques sont traités séparément. L'expression "intervention sociale" est utilisée pour les activités dont le but principal est d'avoir des effets sociaux. L'expression "intervention psychologique" est utilisée pour les interventions qui visent principalement à avoir un effet psychologique (ou psychiatrique). On reconnaît que les interventions sociales ont des effets secondaires d'ordre psychologique et que les interventions psychologiques ont des effets secondaires sociaux, comme le suggère le terme "psychosocial".

- Dès que les ressources le permettent, les enfants et les adolescents ont accès à une scolarité formelle ou informelle et à des activités de loisirs normales.
- Les adultes et les adolescents sont en mesure de participer à des activités concrètes, ayant un but, et qui revêtent un intérêt commun, comme les activités de secours d'urgence.
- Les personnes isolées, comme les enfants séparés ou orphelins, les enfants soldats, les veuves et les veufs, les personnes âgées ou autres personnes sans famille, ont accès à des activités qui facilitent leur inclusion dans des réseaux sociaux.
- Lorsque le besoin s'en fait sentir, un service de localisation est mis en place pour réunir les personnes et leurs familles respectives.
- Lorsque les personnes sont déplacées, des abris sont organisés en visant à maintenir ensemble les membres d'une même famille et communauté.
- La communauté est consultée concernant les décisions portant sur les emplacements des lieux religieux, des écoles, des points d'alimentation en eau et des installations sanitaires. La conception des établissements pour les personnes déplacées englobe des espaces de loisirs et culturels (Cf. normes 1-2 relatives aux abris et aux établissements, pages 250-259).

Indicateurs clés pour les interventions psychologiques et psychiatriques (à lire conjointement avec les notes d'orientation)

- Les personnes en proie à une détresse mentale aiguë suite à leur contact avec des facteurs de stress traumatiques ont accès aux soins psychologiques d'urgence dans des centres de santé et au sein de la communauté (Cf. note d'orientation 3).
- Des soins pour les troubles psychiatriques urgents sont disponibles au travers du système de soins de santé primaires. Les médicaments psychiatriques de base répertoriés dans la liste des médicaments essentiels sont disponibles dans les centres de soins de santé primaires (Cf. note d'orientation 4).

- Les personnes qui présentaient déjà des troubles psychiatriques avant la catastrophe continuent de recevoir le traitement approprié, et on évite l'interruption soudaine, et préjudiciable, de la prise de médicaments. Les besoins fondamentaux des patients se trouvant dans des hôpitaux psychiatriques surveillés sont abordés.
- Si la catastrophe se prolonge, on lance des plans afin d'offrir une gamme plus complète d'interventions psychologiques basées au sein de la communauté durant la phase post-catastrophe (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

- 1. Information :** l'accès à l'information est non seulement un droit de l'homme, mais il réduit en outre l'anxiété et la détresse publiques qui peuvent être évitées. Il faut donner des informations sur la nature et l'échelle de la catastrophe et sur les efforts fournis pour établir la sécurité physique de la population. De plus, celle-ci sera informée sur les types spécifiques d'activités humanitaires entreprises par le gouvernement, les autorités locales et les organisations d'aide, ainsi que sur leur emplacement. L'information sera diffusée conformément aux principes de la communication relative aux risques, c'est-à-dire qu'elle sera simple (compréhensible pour les résidents locaux âgés de 12 ans), et compréhensive (c'est-à-dire qu'elle fera preuve de compréhension concernant la situation des rescapés de la catastrophe).
- 2. Enterrements:** les familles auront l'option de voir le corps de leurs êtres aimés pour dire adieu, lorsque c'est culturellement approprié. On évitera l'élimination sans cérémonie des restes des défunts (Cf. norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé, note d'orientation 8, page 321).
- 3. Soins psychologiques d'urgence:** que ce soit au sein de la population ou parmi les travailleurs humanitaires, la meilleure façon de gérer la détresse aiguë suivant le contact avec des facteurs de stress traumatiques est de suivre les principes des soins psychologiques d'urgence. Il s'agit d'apporter des soins pragmatiques de base, de nature à ne pas mettre le patient en situation de gêne, en se concentrant sur l'écoute mais sans forcer la personne à parler, d'évaluer les besoins et de veiller à ce que ses besoins fondamentaux soient satisfaits, d'encourager la compagnie

d'êtres proches, sans la forcer, et de protéger la personne de souffrances supplémentaires. Les soins d'urgence de ce type peuvent être enseignés rapidement aux volontaires et aux professionnels. On met en garde les travailleurs de santé contre la prescription généralisée de benzodiazépines, du fait du risque de dépendance.

4. Soins pour les troubles psychiatriques urgents: les troubles psychiatriques qui requièrent des soins urgents peuvent englober le comportement dangereux pour soi-même ou les autres, les psychoses, la dépression grave et la manie.

5. Interventions psychologiques basées au sein de la communauté: les interventions se baseront sur une évaluation des services existants et sur la compréhension du contexte socio-culturel. Elles engloberont l'utilisation des mécanismes d'adaptation culturels fonctionnels des individus et des communautés pour les aider à récupérer le contrôle de leur situation. On recommande, lorsqu'elle est possible, la collaboration avec les leaders communautaires et les guérisseurs indigènes. Les groupes d'entraide basés au sein de la communauté seront également encouragés. Les travailleurs communautaires devront avoir suivi une formation et faire l'objet d'une supervision pour aider les travailleurs humanitaires ayant de lourdes charges de travail et pour effectuer des activités de proximité afin de faciliter la prestation de soins aux groupes vulnérables et minoritaires.

Norme 4 relative à la lutte contre les maladies non transmissibles : maladies chroniques

Pour les populations au sein desquelles les maladies chroniques sont la cause d'un important pourcentage de la mortalité, les personnes ont accès à des thérapies essentielles pour empêcher la mort.

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

- Une agence (ou des agences) spécifique(s) est (sont) désignée(s) pour coordonner les programmes destinés aux individus souffrant de

maladies chroniques pour lesquelles une interruption soudaine de la thérapie entraînerait vraisemblablement la mort (Cf. note d'orientation 1).

- Les personnes atteintes de ces maladies chroniques sont activement identifiées et enregistrées.
- Les médicaments pour la gestion de routine et continue des maladies chroniques sont disponibles au travers du système de soins de santé primaires, pourvu que ces médicaments figurent sur la liste des médicaments essentiels.

Notes d'orientation

- 1. Maladies chroniques :** jusqu'ici, il n'a été établi aucun ensemble de conseils généralement acceptés concernant la gestion des maladies chroniques durant les catastrophes. Lors d'urgences complexes récentes au cours desquelles les patients avaient précédemment eu accès à un traitement continu pour des maladies chroniques, la priorité a été accordée aux maladies pour lesquelles une interruption soudaine de la thérapie aurait vraisemblablement entraîné la mort, y compris l'insuffisance rénale chronique dépendant de la dialyse, le diabète dépendant de l'insuline et certains cancers infantiles. Il ne s'agissait pas là de nouveaux programmes, mais de la prolongation de thérapies en cours essentielles pour maintenir la vie. Durant les catastrophes futures, des programmes pour d'autres maladies chroniques pourront être utiles. Il n'est pas approprié d'introduire de nouveaux régimes thérapeutiques ou des programmes pour la gestion des maladies chroniques durant l'intervention humanitaire si la population n'avait pas accès à ces thérapies avant la catastrophe. La gestion continue de routine des maladies chroniques stables sera assurée au travers du système des soins de santé primaires, en utilisant des médicaments figurant sur la liste des médicaments essentiels.

Annexe 1

Liste de contrôle pour l'évaluation initiale des services de santé

Préparation

- Se procurer les informations disponibles sur la population affectée par la catastrophe et sur les ressources auprès de sources du pays d'accueil et internationales.
- Se procurer les cartes et photographies aériennes disponibles.
- Se procurer les données démographiques et relatives à la santé auprès de sources du pays d'accueil et internationales.

Sécurité et accès

- Déterminer l'existence de dangers naturels ou créés par l'homme récurrents.
- Déterminer la situation globale en matière de sécurité, y compris la présence de forces armées ou de milices.
- Déterminer l'accès qu'ont les organisations humanitaires à la population affectée.

Démographie et structure sociale

- Déterminer la population totale affectée par la catastrophe et le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans.
- Déterminer la répartition de la population entre les tranches d'âge et les sexes.
- Identifier les groupes courant des risques accrus, par ex. les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées, les personnes vivant avec le VIH/sida, les membres de certains groupes ethniques ou sociaux.
- Déterminer la taille moyenne des ménages et le nombre estimatif des ménages ayant à leur tête des femmes et des enfants.

- Déterminer la structure sociale existante, y compris les positions d'autorité/d'influence et le rôle des femmes.

Informations de fond relatives à la santé

- Identifier les problèmes sanitaires et les priorités déjà identifiés avant la catastrophe dans la zone affectée. Établir l'épidémiologie des maladies au niveau local.
- Identifier les problèmes sanitaires et les priorités déjà identifiés avant la catastrophe dans le pays d'origine si l'on est en présence de réfugiés. Établir l'épidémiologie des maladies dans le pays d'origine.
- Identifier les risques sanitaires existants, par ex. maladies épidémiques potentielles.
- Identifier les sources antérieures de soins de santé.
- Déterminer les forces et la couverture des programmes locaux de santé publique dans le pays d'origine des réfugiés.

Taux de mortalité

- Calculer le taux de mortalité brut (TMB).
- Calculer le taux de mortalité des moins de 5 ans (TMM5 : taux de mortalité spécifique à la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans).
- Calculer les taux de mortalité attribués à certaines causes.

Taux de morbidité

- Déterminer les taux d'incidence des principales maladies qui revêtent une importance pour la santé publique.
- Déterminer les taux d'incidence des principales maladies pour chaque tranche d'âge et pour chaque sexe, si possible.

Ressources disponibles

- Déterminer la capacité et la réaction du ministère de la Santé du pays ou des pays affecté(s) par la catastrophe.
- Déterminer l'état des services nationaux de santé, y compris le

nombre total, la classification et les niveaux de soins fournis, l'état physique, l'état de fonctionnement et l'accès.

- Déterminer le nombre de membres du personnel du secteur de la santé et leurs compétences.
- Déterminer la capacité et l'état de fonctionnement des programmes existants de santé publique, par exemple le Programme élargi de vaccination (PEV), les services de santé maternelle et infantile.
- Déterminer la disponibilité de protocoles standardisés, de médicaments essentiels, de fournitures et d'équipement.
- Déterminer l'état des systèmes existants d'orientation vers des services spécialisés.
- Déterminer l'état du système d'information sanitaire (SIS) existant.
- Déterminer la capacité des systèmes logistiques existants, en particulier concernant l'achat, la distribution et l'entreposage des médicaments essentiels, des vaccins et des fournitures médicales.

Prendre en compte les données d'autres secteurs pertinents

- État nutritionnel
- Conditions environnementales
- Nourriture et sécurité alimentaire

Annexe 2 Exemples de formulaires de compte rendu hebdomadaire de la surveillance

Formulaire 1 - surveillance de la mortalité*

Site
 Date du lundi au dimanche
 Population totale au début de cette semaine:
 Naissances cette semaine: Décès cette semaine:
 Arrivées cette semaine (s'il y a lieu): Départs cette semaine:
 Population totale à la fin de la semaine: Population totale des moins de 5 ans:

	0-4 ans		5 ans et plus		Total
	sexe masculin	sexe féminin	sexe masculin	sexe féminin	
Cause Immédiate					
Infection aiguë des voies respiratoires inférieures					
Choléra (suspecté)					
Diarrhée – sanguinolente					
Diarrhée – aqueuse					
Blessure – non accidentelle					
Paludisme					
Mort maternelle – directe					
Rougeole					
Méningite (suspectée)					
Néonatale (0-28 jours)					
Autre					
Inconnue					
<i>Total par âge et par sexe</i>					
Cause sous-jacente					
SIDA (suspecté)					
Malnutrition					
Mort maternelle – indirecte					
Autre					
<i>Total par âge et par sexe</i>					

- * Ce formulaire est utilisé lorsqu'il survient de nombreux décès et qu'il est donc impossible de recueillir des informations plus détaillées sur les décès individuels, par manque de temps.
- La fréquence des comptes rendus (c'est-à-dire quotidiens ou hebdomadaires) dépendra du nombre de décès.
 - D'autres causes de mortalité peuvent être ajoutées selon le contexte et les caractéristiques épidémiologiques.
 - On peut ventiler les données par tranches d'âges supplémentaires (0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus) selon ce qui est faisable.
 - Les décès ne seront pas seulement signalés par les services de santé du site, mais également par les responsables du site, les chefs religieux, les agents communautaires, les groupes de femmes et les hôpitaux spécialisés.
 - Dans la mesure du possible, les définitions des cas seront notées au verso du formulaire.

Formulaire 2 - surveillance de la mortalité*

Site _____ au dimanche _____

Date du lundi _____

Population totale au début de cette semaine: _____

Naissances cette semaine: _____ Décès cette semaine: _____

Arrivées cette semaine (s'il y a lieu): _____ Départs cette semaine: _____

Population totale à la fin de la semaine: _____ Population totale des moins de 5 ans: _____

		Cause directe de mort											Causes sous-jacentes								
	Sexe (m, f)	Âge (jours=j, m= mois, ans=a)	Infection aiguë des voies respiratoires inférieures	Choléra (suspecté)	Diarrhée – sanguinolente	Diarrhée – aqueuse	Blessure – non-accidentelle	Paludisme	Mort maternelle – directe	Rougeole	Méningite (suspectée)	Néonatale (0-28 jours)	Autre (préciser)	Inconnue	SIDA (suspecté)	Malnutrition	Mort Maternelle – indirecte	Autre (préciser)	Date (jj/mm/aa)	Emplace- ment dans le site (par ex. bloc No.)	Décédé(e) à l'hôpital ou à son domicile
No																					
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

* Ce formulaire est utilisé lorsque l'on dispose de suffisamment de temps pour consigner des données relatives aux décès individuels ; elle permet une analyse en fonction de l'âge, une enquête sur la flambée par endroit et le calcul des taux d'utilisation des services.

- La fréquence des comptes rendus (c'est-à-dire quotidiens ou hebdomadaires) dépendra du nombre de décès.
- D'autres causes de mortalité peuvent être ajoutées selon la situation.
- Les décès ne seront pas seulement signalés par les services de santé du site, mais également par les responsables du site, les chefs religieux, les agents communautaires, les groupes de femmes et les hôpitaux spécialisés.
- Dans la mesure du possible, les définitions des cas seront notées au verso du formulaire.

Formulaire de compte rendu hebdomadaire de la surveillance de la morbidité

Site

Date du lundi au dimanche

Population totale au début de cette semaine:

Naissances cette semaine: Décès cette semaine:

Arrivées cette semaine (s'il y a lieu): Départs cette semaine:

Population totale à la fin de la semaine: Population totale des moins de 5 ans:

Morbidité Diagnostic*	Moins de 5 ans (nouveaux cas)			5 ans et plus (nouveaux cas)			Total des cas nouveaux	Total des cas répétés
	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Sexe masculin	Sexe féminin	Total		
Infections respiratoires aiguës**								
SIDA (suspecté)								
Anémie								
Choléra (suspecté)								
Diarrhée - sanguinolente								
Diarrhée - aqueuse								
Maladies des yeux								
Paludisme								
Malnutrition								
Rougeole								
Méningite (suspectée)								
Blessures - accidentelles								
Blessures - non accidentelles								
Infections sexuellement transmises								
Ulcère génital								
Écoulement urétral								
Pertes vaginales								
Douleurs dans le bas de l'abdomen								
Gale								
Maladies de la peau (autres que la gale)								
Vers								
Autres								
Inconnue								
Total								

* Il peut y avoir plus d'un diagnostic ; on peut ajouter ou enlever des maladies selon la situation en cours.

** Infections aiguës des voies respiratoires : dans certains pays, cette catégorie peut être sub-divisée en infections des voies supérieures et inférieures.

- On peut ajouter ou supprimer des causes de morbidité en fonction du contexte et des tendances épidémiologiques.

- On peut ventiler les données par tranches d'âges supplémentaires (0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus) selon ce qui est faisable.

Visites au centre de santé	Moins de 5 ans			5 ans et plus			Total	
	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Sexe masculin	Sexe féminin
Total des visites								

Taux d'utilisation: nombre de visites par personne et par an au centre de santé = nombre total des visites par semaine / population totale x 52 semaines.

- On peut ventiler les données par tranches d'âges supplémentaires (0-11 mois, 1-4 ans, 5-14 ans, 15-49 ans, 50-59 ans, 60 ans et plus) selon ce qui est faisable.

Nombre de consultations par clinicien: nombre total de visites (nouvelles et répétées)/clinicien ETP dans le centre de santé / nombre de jours par semaine pendant lesquels le centre fonctionne.

Annexe 3

Formules pour calculer les taux de mortalité et de morbidité

Taux de mortalité brut (TMB)

- **Définition** : le taux de décès dans la totalité de la population, englobant les deux sexes et toutes les tranches d'âge. Le TMB peut être exprimé avec différents dénominateurs standard de population et pour différentes périodes, par exemple nombre de décès pour 1.000 personnes par mois ou nombre de décès pour 1.000 personnes par an.
- **Formule la plus fréquemment utilisée durant les catastrophes** :

$$\frac{\text{Nombre total de décès durant la période}}{\text{Population totale}} \times \frac{10.000 \text{ personnes}}{\text{nombre de jours durant cette période}}$$

= décès/10.000 personnes/jour

Taux de mortalité des moins de cinq ans (TMM5)

- **Définition** : le taux de décès parmi les enfants âgés de moins de 5 ans dans la population.
- **Formule la plus fréquemment utilisée durant les catastrophes**(taux de mortalité spécifique à la tranche d'âge des enfants de moins de 5 ans)

$$\frac{\text{Nombre total de décès parmi les enfants de moins de 5 ans durant la période}}{\text{Nombre total d'enfants de moins de 5 ans}} \times \frac{10.000 \text{ personnes}}{\text{nombre de jours durant cette période}}$$

= décès/10.000/jour

Taux d'incidence

- **Définition:** le nombre de nouveaux cas d'une maladie qui surviennent durant une période précise au sein d'une population risquant de développer la maladie.

- **Formule la plus fréquemment utilisée durant les catastrophes**

$$\frac{\text{Nombre de nouveaux cas dus à la maladie spécifique durant la période}}{\text{Population risquant de développer la maladie}} \times \frac{1.000 \text{ personnes}}{\text{nombre de mois durant la période}}$$

$$= \text{nouveaux cas dus à la maladie spécifique/1.000/mois}$$

Taux de létalité (TL)

- **Définition:** le nombre de personnes qui meurent d'une maladie divisé par le nombre de personnes qui ont la maladie.

- **Formule:**

$$\frac{\text{Nombre de personnes étant mortes de la maladie durant la période}}{\text{Personnes qui ont la maladie durant la période}} \times 100 = x\%$$

Taux d'utilisation du service de santé

- **Définition:** nombre de visites de patients en consultation externe par personne et par an. Dans la mesure du possible, on fera la distinction entre les nouvelles et les anciennes visites, et on utilisera les nouvelles visites pour calculer ce taux. Cependant, il est souvent difficile de faire la différence entre les nouvelles et les anciennes visites, de sorte qu'elles sont souvent amalgamées sous forme du nombre total de visites durant une catastrophe.

- **Formule:**

$$\frac{\text{Nombre total de visites en une semaine}}{\text{Population totale} \times 52 \text{ semaines}} = \text{visites/personne/an}$$

Nombre de consultations par clinicien et par jour

- **Définition:** nombre moyen de consultations totales (cas nouveaux et répétés) assurées par chaque clinicien par jour.

- **Formule:**

$$\frac{\text{Nombre total de consultations (nouvelles et renouvelées)}}{\text{Nombre de cliniciens ETP dans le centre de santé}^*} \div \text{Nombre de journées ouvrables du centre de santé}$$

* ETP (“équivalent temps plein”) est le nombre équivalent de cliniciens travaillant dans un centre de santé. Par exemple, s’il y a six cliniciens qui travaillent dans le service des patients en consultation externe mais que deux d’entre eux travaillent à mi-temps, le nombre de cliniciens ETP = 4 membres du personnel à plein temps + 2 membres du personnel à mi-temps = 5 cliniciens ETP.

Annexe 4

Références

NB: Les titres “officiels” des documents sont indiqués dans la mesure du possible, mais dans les cas où il n'existe pas de version officielle ou lorsqu'elle nous est inconnue, la traduction française des titres des documents, rapports ou publications est ajoutée entre parenthèses à titre indicatif.

Grâce au programme Forced Migration Online (Migration forcée en ligne) du Refugee Studies Centre (Centre des études sur les réfugiés) de l'université d'Oxford, bon nombre de ces documents ont reçu l'autorisation de reproduction et sont disponibles sur un lien spécial du projet Sphère sur le site Web : <http://www.forcedmigration.org>

Instruments juridiques internationaux

Le droit au niveau de santé le plus élevé possible (article 12 du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels), Commentaire général 14 du CDESC, 11 août 2000, U.N. Doc. E/C.12/2000/4. Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

Baccino-Astrada, A (1982), *Manual on the Rights and Duties of Medical Personnel in Armed Conflicts* (*Manuel sur les droits et les obligations du personnel médical dans les conflits armés*) CICR. Genève.

Mann, J, Gruskin, S, Grodin, M, Annas, G (eds.) (1999), *Santé et droits de l'homme: un recueil de textes*. Routledge.

OMS (2002), *25 Questions and Answers on Health and Human Rights* (*25 questions et réponses sur la santé et les droits de l'homme*). Organisation mondiale de la santé. <http://www.who.int/hhr>

Systèmes et infrastructures de santé

Beaglehole, R, Bonita, R, Kjellstrom, T (1993), *Basic Epidemiology* (*Épidémiologie de base*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

Management Sciences for Health (1997), *Managing Drug Supply (Second Edition) (Gestion de l'approvisionnement en médicaments (deuxième édition))*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Médecins Sans Frontières (1993), *Clinical Guidelines. Diagnostic and Treatment Manual (Lignes directrices cliniques : manuel sur le diagnostic et le traitement)*. Médecins Sans Frontières. Paris.

Médecins Sans Frontières (1997), *Refugee Health. An Approach to Emergency Situations (Santé des réfugiés. Une approche des situations d'urgence)*. Macmillan. Londres.

Noji, E (ed.) (1997), *The Public Health Consequences of Disasters (Les conséquences des catastrophes sur la santé publique)*. Oxford University Press. New York.

Perrin, P (1996), *Handbook on War and Public Health (Manuel sur la guerre et la santé publique)*. Comité international de la Croix-Rouge. Genève.

HCR/OMS (1996), *Guidelines for Drug Donations (Lignes directrices pour les dons de médicaments)*. Organisation mondiale de la santé et Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Genève.

HCR (2001), *Health, Food, and Nutrition Toolkit: Tools and Reference Materials to Manage and Evaluate Health, Food and Nutrition Programmes (Boîte à outils en matière de santé, de nourriture et de nutrition : outils et matériel de référence pour la gestion et l'évaluation des programmes de santé, de nourriture et de nutrition (CD-ROM))*. Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Genève.

OMS/PAHO (2001), *Health Library for Disasters (Bibliothèque de santé pour les catastrophes)* (CD-ROM). Organisation mondiale de la santé/Pan-American Health Organization (Organisation panaméricaine de la santé). Genève.

OMS (1998), *Le nouveau kit sanitaire d'urgence 1998*. Organisation mondiale de la santé. Genève.

OMS (1999), *Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies (Protocoles d'évaluation rapide de la santé lors des situations d'urgence)*. Organisation mondiale de la santé. Genève.

OMS (1994), *Health Laboratory Facilities in Emergencies and Disaster Situations*. Organisation mondiale de la santé. Genève.

Lutte contre les maladies transmissibles

Chin, J (2000), *Control of Communicable Diseases Manual (17th Edition) (Manuel pour la lutte contre les maladies transmissibles)*. American Public Health Association (Association américaine pour la santé publique). Washington, DC.

Cook, GC, Zumla, AI, Weir, J (2003), *Manson's Tropical Diseases (Maladies tropicales de Manson)*. WB Saunders.

Inter-Agency Standing Committee Reference Group on HIV/AIDS in Emergency Settings (2003) (Groupe de référence du Comité permanent inter-agences sur le VIH/sida dans les situations d'urgence), *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings (Lignes directrices pour les interventions relatives au VIH dans les contextes d'urgence)*. ONUSIDA. Genève (sous presse). (Ce document remplacera ONUSIDA, 1998, *Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings – Lignes directrices pour les interventions relatives au VIH dans les contextes d'urgence*).

International Rescue Committee (2003), *Protecting the Future: HIV Prevention, Care and Support Among Displaced and War-Affected Populations (Protéger l'avenir : prévention du VIH, soins et soutien au sein des populations déplacées et affectées par la guerre)*. Kumarian Press. Bloomfield, CT.

Institut Pasteur : <http://www.pasteur.fr>

ONUSIDA : <http://www.unaids.org>

OMS (1993), *Guidelines for Cholera Control (Lignes directrices pour la lutte contre le choléra)*. Organisation mondiale de la santé. Genève

OMS (2002), *Guidelines for the Collection of Clinical Specimens During Field Investigation of Outbreaks (Lignes directrices pour la collecte de spécimens cliniques durant l'enquête de terrain sur une flambée)*. Organisation mondiale de la santé. Genève.

OMS (1997), *Immunisation in Practice. A Guide for Health Workers*

Who Give Vaccines (Immunisation en pratique : guide pour les agents sanitaires qui administrent les vaccins). Macmillan. Londres.

OMS (2003), *Malaria Control in Complex Emergencies: An Interagency Handbook (Lutte contre le paludisme dans les situations d'urgence complexes : un manuel inter-agences).* Organisation mondiale de la santé. Genève (sous presse).

OMS (1993), *The Management and Prevention of Diarrhoea: Practical Guidelines (Gestion et prévention de la diarrhée : lignes directrices).* Organisation mondiale de la santé. Genève.

Lutte contre les maladies non transmissibles

Blessures

Hayward-Karlsson, J, Jeffrey, S, Kerr, A et al (1998), *Hospitals for War-Wounded: A Practical Guide for Setting Up and Running a Surgical Hospital in an Area of Armed Conflict (Hôpitaux pour blessés de guerre : guide pratique pour l'établissement et l'organisation d'un hôpital chirurgical dans une zone de conflit armé).* Comité international de la Croix-Rouge. Genève.

Médecins Sans Frontières (1989), *Minor Surgical Procedures in Remote Areas (Procédures chirurgicales bénignes dans les endroits isolés).* Médecins Sans Frontières. Paris.

PAHO-OPS (1995), *Establishing a Mass Casualty Management System (Comment établir un système de gestion en masse des blessures).* Organisation panaméricaine de la santé. Genève.

OMS (1991), *Surgery at the District Hospital: Obstetrics, Gynaecology, Orthopaedics and Traumatology (Chirurgie à l'hôpital de district : obstétrique, gynécologie, orthopédie et traumatologie).* Organisation mondiale de la santé. Genève.

Santé génésique

Reproductive Health for Refugees Consortium (Consortium Santé génésique pour les réfugiés) (1997), *Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools (Outils de terrain pour l'évaluation des besoins des réfugiés en matière de santé génésique).* RHR Consortium.

Groupe de travail inter-agences (1999), *An Inter-Agency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations (Manuel de terrain inter-agences pour la santé génésique dans les situations de réfugiés)*. Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. Genève.

FNUAP : <http://www.unfpa.org>

FNUAP (2001), *The Reproductive Health Kit for Emergency Situations (Second Edition) (Le kit de santé génésique pour les situations d'urgence – deuxième édition)*. FNUAP.

HCR (2003), *Sexual and Gender-Based Violence Against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response (Violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées : principes directeurs pour la prévention et l'intervention)*. Version préliminaire destinée à être mise à l'épreuve sur le terrain, 8 juillet 2002 (Ce document remplacera l'ouvrage du HCR de 1995 *Sexual Violence Against Refugees: Guidelines on Prevention and Response – Violence sexuelle à l'encontre des réfugiés : lignes directrices pour la prévention et la réaction*)

OMS (2001), *Clinical Management of Survivors of Rape (Gestion clinique des survivants de viols)*. Organisation mondiale de la santé. Genève.

Aspects mentaux et sociaux de la santé

National Institute of Mental Health (2002), *Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Interventions for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices (Santé mentale et violence collective : interventions psychologiques précoces basées sur des données probantes pour les victimes/les survivants de violence collective)*. Un atelier pour arriver à un consensus sur les meilleures pratiques). (Publication NIH n° 02-5138). US Government Printing Office. Washington, DC. <http://www.nimh.nih.gov>

OMS (2003), *Mental Health in Emergencies: Mental and Social Aspects of Populations Exposed to Extreme Stressors (Santé mentale dans les situations d'urgence : aspects mentaux et sociaux des*

populations exposées à des facteurs extrêmes de stress). Organisation mondiale de la santé. Genève.

OMS/HCR (1996), *Mental Health of Refugees (Santé mentale des réfugiés)*. Organisation mondiale de la santé. Genève. <http://whqlibdoc.who.int>

Maladies chroniques

Ahya, SN, Flood, K, Paranjothi, S et al (eds.), *The Washington Manual of Medical Therapeutics (Le manuel de Washington des thérapeutiques médicales)* (30ème édition). Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Braunwald, E, Fauci, AS, Kasper, DL et al (eds.) (2001), *Harrison's Principles of Internal Medicine (Principes de Harrison de la médecine interne)* (15ème édition). McGraw Hill Professional. New York.

Tierny, LM, McPhee, SJ, Papadakis, MA (eds.), *Current Medical Diagnosis and Treatment 2003 (Diagnostic et traitement médicaux actuels 2003)* (42ème édition). McGraw-Hill/Appleton & Lange. New York.

Sites web

Centers for Disease Control and Prevention (Centres pour la lutte contre les maladies et leur prévention) : <http://www.cdc.gov>

Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes) : <http://www.cred.be>

Comité international de la Croix-Rouge : <http://www.icrc.org>

Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge : <http://www.ifrc.org>

Pan-American Health Organization (Organisation panaméricaine de la santé) : <http://www.paho.org>

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : <http://www.unhcr.ch>

UNICEF : <http://www.unicef.org>

Organisation mondiale de la santé: <http://www.who.int>

Notes

Notes



Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes



La Charte humanitaire de Sphère et ses normes minimales pour les interventions lors de catastrophes constituent une remarquable initiative internationale destinée à améliorer l'efficacité et la reddition de comptes dans le secteur de l'assistance humanitaire. Cette nouvelle édition du manuel a fait l'objet d'une révision et d'une mise à jour complètes, en prenant en compte les développements récents dans la pratique humanitaire, ainsi que le *feedback* de praticiens travaillant sur le terrain, d'instituts de recherche et d'experts pluridisciplinaires dans les domaines de la protection, du "genre", des enfants, des personnes âgées, des personnes handicapées, du VIH/sida et de l'environnement. Le manuel révisé est le fruit d'un important effort de collaboration qui reflète la volonté collective et l'expérience partagée de la communauté humanitaire, ainsi que sa détermination à améliorer les connaissances actuelles présentes dans les programmes d'assistance humanitaire.

La pierre angulaire de ce manuel est la Charte humanitaire, qui se base sur les principes et les dispositions du droit international humanitaire, du droit international des droits de l'homme, du droit relatif aux réfugiés et du Code de conduite de la Croix-Rouge et des organisations non gouvernementales. Elle décrit les principes essentiels qui régissent l'action humanitaire et affirme les droits des populations à la protection et à l'assistance. Les normes minimales sont présentées dans un chapitre initial qui décrit en détail les normes relatives au processus de planification et de mise en œuvre des programmes, puis dans les quatre chapitres techniques suivants, qui portent sur : l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène ; la sécurité alimentaire, la nutrition et l'aide alimentaire ; les abris, les établissements humains et les articles non alimentaires ; et les services de santé.

Comme outil pratique, la Charte humanitaire peut être utilisée pour définir les buts primordiaux des projets, tandis que les normes minimales, accompagnées des indicateurs et notes d'orientation qui les étayent, permettent de procéder à une évaluation analytique des exigences des programmes et de dresser un cadre pour suivre les progrès et évaluer les résultats. Pris dans sa totalité, Sphère constitue également un outil puissant de coordination et de plaidoyer, en particulier de par sa portée multisectorielle et de par le lien qu'il établit entre les principes et la pratique.

Publié par le Projet Sphère

Distribué par Oxfam Publishing



ÉDITION 2004

2004



Le Projet Sphère
Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors de catastrophes



Le Projet Sphère



**Charte humanitaire
et normes
minimales pour les
interventions lors
de catastrophes**

ÉDITION 2004



Chapitre 4: Normes minimales dans les secteurs des abris, des établissements humains et des articles non alimentaires

Comment utiliser ce chapitre

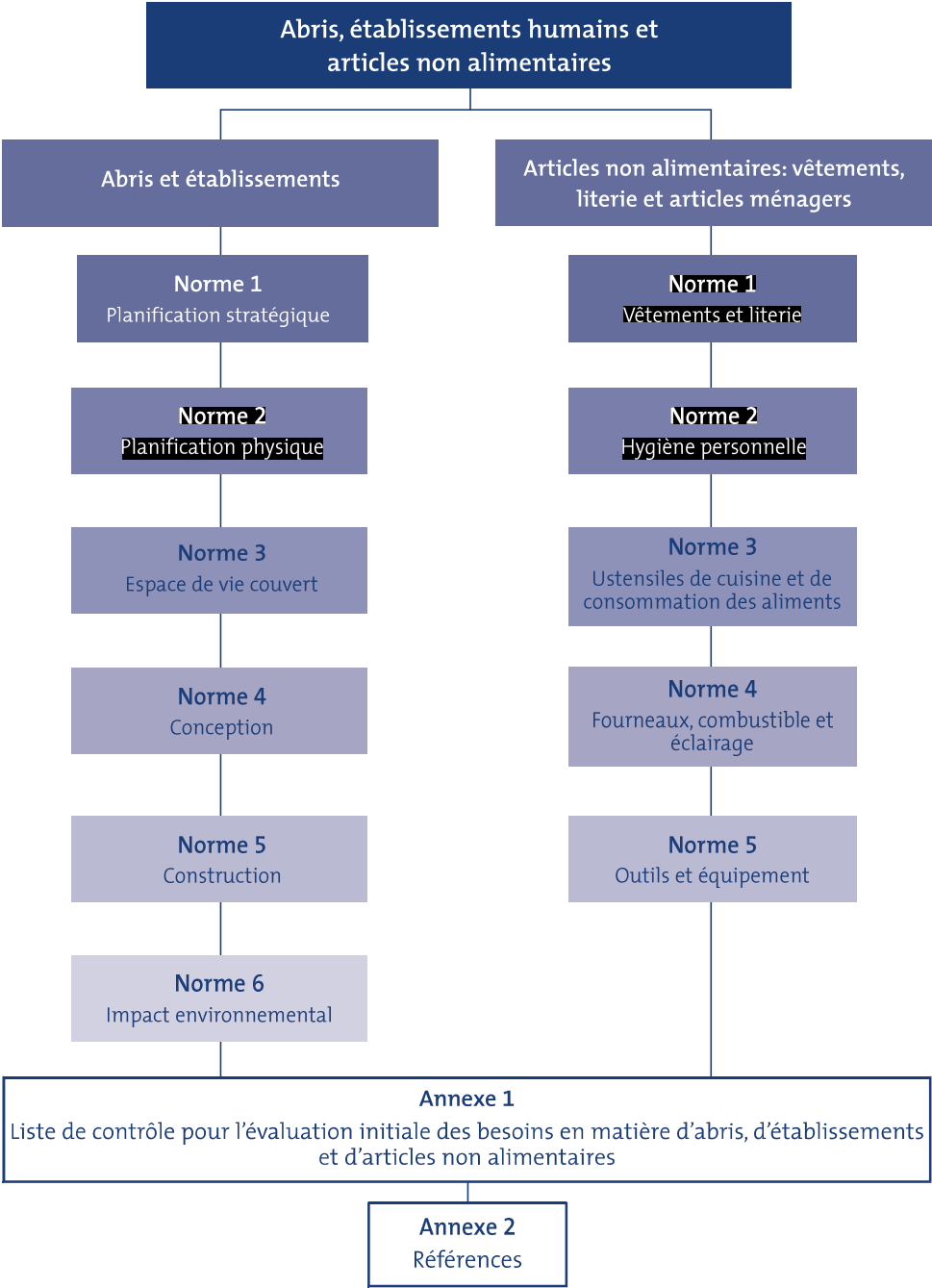
Ce chapitre se compose de deux sections: 1) Abris et établissements humains, et 2) Articles non alimentaires: vêtements, literie et articles ménagers. Chacune des sections propose des normes générales à utiliser dans plusieurs scénarios d'intervention possibles, comme le retour à des habitations endommagées et leur réparation, l'hébergement chez des familles d'accueil, les abris collectifs dans des bâtiments et structures existants, et les camps planifiés ou spontanés temporaires. Les deux sections englobent les éléments suivants:

- *les normes minimales*: elles sont de nature qualitative et précisent les niveaux minimaux à atteindre dans les interventions relatives aux abris, aux établissements humains et aux articles non alimentaires ;
- *les indicateurs clés*: ce sont des “signaux” qui indiquent si oui ou non la norme a été satisfaite. Ils constituent un moyen de mesurer et de communiquer l'impact, ou le résultat, des programmes ainsi que des processus et des méthodes utilisés. Les indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs ;
- *les notes d'orientation*: elles englobent des aspects spécifiques à prendre en compte lors de l'application des normes et des indicateurs dans différentes situations, des suggestions sur la manière de faire face aux difficultés pratiques, et des conseils sur les questions prioritaires. Elles peuvent également aborder des questions cruciales liées aux normes ou aux indicateurs, et décrire des dilemmes, des controverses ou des lacunes dans les connaissances actuelles.

Une liste de contrôle pour l'évaluation initiale des besoins est proposée en annexe 1. On trouvera une liste de références, indiquant d'autres sources d'information qui offrent une sélection de conseils sur la marche à suivre, en annexe 2.

Table des matières

Introduction	245
1. Abris et établissements humains	250
2. Articles non alimentaires: vêtements, literie et articles ménagers	272
Annexe 1: Liste de contrôle pour l'évaluation initiale des besoins en matière d'abris, d'établissements et d'articles non alimentaires	281
Annexe 2: Références	288



Introduction

Liens avec les instruments juridiques internationaux

Les normes minimales dans les secteurs des abris, des établissements humains et des articles non alimentaires constituent une expression pratique des principes et des droits formulés dans la Charte humanitaire. Celle-ci traite des exigences les plus fondamentales afin de préserver la vie et la dignité des personnes affectées par des calamités ou des conflits, exigences stipulées dans l'ensemble des textes juridiques internationaux relatifs aux droits de l'homme, aux interventions humanitaires et aux réfugiés. Dans les interventions humanitaires, les abris et les établissements humains sont des termes familiers qui s'inscrivent dans le domaine du droit au logement, lequel est sauvegardé dans les textes juridiques relatifs aux droits de l'homme.

Chacun a droit à un logement adéquat. Ce droit est reconnu dans les instruments juridiques internationaux et englobe le droit de vivre en sécurité, dans la paix et la dignité, avec un bail assuré. Parmi les aspects clés du droit au logement figurent la disponibilité de services, d'installations, de matériaux et d'infrastructures, le caractère financièrement abordable, l'habitabilité, l'accessibilité, l'emplacement et l'opportunité culturelle. Le droit au logement s'étend également aux biens et services, comme l'accès durable aux ressources naturelles et communes, à l'eau potable salubre, à l'énergie pour faire cuire les aliments, pour le chauffage et pour l'éclairage, à des installations sanitaires et destinées à la lessive et la toilette personnelle, à des moyens d'entreposer la nourriture, à l'enlèvement des ordures, au drainage du site et aux services de secours d'urgence. Les personnes doivent jouir d'un espace adéquat et être protégées du froid, de l'humidité, de la chaleur, de la pluie, du vent et d'autres menaces pour la santé, des dangers structurels et des vecteurs de maladies. Le choix approprié de l'emplacement des établissements et des habitations doit favoriser l'accès aux services de santé, aux écoles, aux garderies pour les enfants et aux autres services sociaux, ainsi qu'à des possibilités de trouver un moyen de subsistance. La manière dont les habitations sont bâties, les

matériaux de construction utilisés et les politiques générales les soutenant doivent permettre, ce de façon appropriée, l'expression de l'identité culturelle et la diversité des logements.

Le droit au logement est inextricablement lié à d'autres droits de l'homme, dont celui de la protection contre l'expulsion forcée, le harcèlement et autres menaces pour la sécurité et le bien-être physiques, le droit de chacun à être protégé de déplacements arbitraires de son habitation ou lieu de résidence habituel, et l'interdiction d'attaques armées commises au hasard contre des objets civils.

Les normes minimales figurant dans ce chapitre ne sont pas une expression complète du droit au logement. Cependant, les normes de Sphère reflètent les éléments essentiels du droit au logement et contribuent à la réalisation progressive de ce droit au niveau mondial.

L'importance des abris, des établissements et des articles non alimentaires dans les situations de catastrophe

L'abri constitue un facteur déterminant crucial pour la survie durant les étapes initiales d'une catastrophe. Au-delà de la survie, un abri est nécessaire pour assurer la sécurité et la sûreté personnelle, la protection contre les rigueurs du climat et une résistance accrue aux problèmes de santé et aux maladies. Il est aussi important pour la dignité humaine et pour soutenir le plus possible la vie familiale et communautaire dans des circonstances difficiles.

Les interventions dans le domaine des abris et celles, associées, dans les domaines des établissements humains et des articles non alimentaires, doivent soutenir les stratégies d'adaptation communes, en incorporant autant d'autosuffisance et d'autogestion que possible dans le processus. Toutes les interventions de ce type doivent également réduire au minimum l'impact néfaste à long terme sur l'environnement, tout en portant au maximum les occasions pour les communautés affectées de maintenir ou de mettre sur pied des activités de soutien de leurs moyens de subsistance.

L'intervention la plus individuelle pour répondre au besoin d'un abri et du maintien de la santé, de l'intimité et de la dignité est la fourniture

de vêtements, de couvertures et de literie. Les personnes requièrent également des produits et des fournitures de base pour satisfaire leurs besoins d'hygiène personnelle, pour préparer et consommer leur nourriture, et pour assurer les niveaux nécessaires de confort thermique. Les ménages affectés par la catastrophe et ceux qui ont été déplacés de chez eux ne possèdent souvent que ce qu'ils ont réussi à récupérer ou à transporter, et il sera parfois nécessaire de fournir des articles non alimentaires appropriés pour satisfaire leurs besoins essentiels.

Le type d'intervention requise pour satisfaire les besoins des personnes et des ménages affectés par la catastrophe est déterminé par des facteurs clés, dont la nature et l'échelle de la catastrophe, la perte de l'abri en ayant résulté, les conditions climatiques et l'environnement local, la situation politique et en matière de sécurité, le contexte (rural ou urbain) et l'aptitude de la communauté à faire face à la situation. Il faut également accorder une attention particulière aux droits et aux besoins de ceux qui sont affectés de façon secondaire par la catastrophe, comme la communauté d'accueil, s'il y en a une. Toute intervention sera influencée par les mesures prises par les ménages affectés juste après la catastrophe, en se servant de leurs propres compétences et ressources matérielles pour fournir des abris temporaires ou pour commencer la construction de nouvelles habitations destinées à durer plus longtemps. Les interventions dans le domaine des abris doivent permettre aux ménages affectés de passer progressivement de solutions d'abri d'urgence à des solutions plus durables dans un délai raisonnablement court, en fonction des entraves à l'acquisition des ressources supplémentaires requises.

En faisant participer les femmes aux programmes d'abris et d'établissements humains, on peut contribuer à veiller à ce qu'elles et tous les membres de la population affectée par la catastrophe jouissent d'un accès équitable et sûr à des abris, à des vêtements, à des matériaux de construction, à un équipement de production alimentaire et à d'autres fournitures essentielles. Les femmes seront consultées sur une variété de questions, comme la sécurité et l'intimité, les sources de combustible pour la cuisine et le chauffage et les moyens de le collecter, et la manière de garantir un accès équitable au logement et aux

fournitures. Il faudra faire tout particulièrement attention à empêcher et à réagir aux violences contre l'un ou l'autre sexe (ou violence sexiste) et à l'exploitation sexuelle. Il est par conséquent important d'encourager la participation des femmes à la conception et à la mise en œuvre des programmes d'abris et d'établissements chaque fois que c'est possible.

Liens avec les autres chapitres

Nombre des normes figurant dans les chapitres consacrés aux autres secteurs sont utiles pour le présent chapitre. Les progrès effectués dans la réalisation des normes dans un domaine particulier influencent souvent, voire déterminent, les progrès effectués dans d'autres domaines. Pour qu'une intervention soit efficace, il faut qu'il y ait une coordination et une collaboration étroites avec d'autres secteurs. La coordination avec les autorités locales et les autres organisations participant à l'intervention est également nécessaire pour veiller à ce que les besoins soient satisfaits, à ce que les efforts ne soient pas répétés, et à ce que la qualité des interventions en matière d'abris, d'établissements humains et d'articles non alimentaires soit optimisée.

Par exemple, la prestation complémentaire de services adéquats d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les zones dans lesquelles on apporte une assistance en matière d'abris est essentielle pour assurer la santé et la dignité des ménages affectés. De même, la fourniture d'abris adéquats contribue à la santé et au bien-être des ménages déplacés, tandis que des ustensiles essentiels de cuisine et de consommation des aliments sont requis pour que l'assistance alimentaire soit utilisée au mieux et que les besoins nutritionnels soient satisfaits. On fait référence à des normes ou notes d'orientation spécifiques figurant dans d'autres chapitres techniques lorsqu'il y a lieu de le faire.

Liens avec les normes communes à tous les secteurs

Le processus selon lequel une intervention est développée et mise en œuvre est crucial pour son efficacité. Ce chapitre devra être utilisé conjointement avec celui des normes communes à tous les secteurs,

lesquelles englobent la participation, l'évaluation initiale, l'intervention, le ciblage, le suivi, l'évaluation, les compétences et responsabilités des travailleurs humanitaires, et la supervision, la gestion et le soutien du personnel (Cf. chapitre 1, page 21). En particulier, la participation des personnes affectées par la catastrophe - y compris les groupes vulnérables décrits ci-dessous - devra être portée au maximum dans toute intervention afin de veiller à ce que cette dernière soit appropriée et de bonne qualité.

Vulnérabilités et capacités des populations affectées par la catastrophe

Les groupes qui courent le plus fréquemment des risques lors de catastrophes sont les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes vivant avec le VIH/sida (PVVS). Dans certains contextes, les personnes peuvent aussi se retrouver en position de vulnérabilité en raison de leur origine ethnique, de leur affiliation religieuse ou politique, ou du fait qu'elles ont été déplacées. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive, mais elle englobe les raisons les plus fréquemment identifiées. Les vulnérabilités spécifiques influent sur l'aptitude des personnes à s'adapter et à survivre dans le cadre d'une catastrophe, et celles qui courent le plus de risques devront être identifiées dans chaque contexte.

Tout au long du manuel, l'expression "groupes vulnérables" se réfère à tous ces groupes. Lorsque l'un d'eux court des risques, il est probable que les autres seront également menacés. Par conséquent, chaque fois que les groupes vulnérables sont mentionnés, on demande instamment aux utilisateurs de prendre en considération tous ceux énumérés ici. Il faut veiller tout particulièrement à protéger et à assister tous les groupes affectés de façon non discriminatoire et en fonction de leurs besoins spécifiques. Cependant, il faut également garder à l'esprit que les populations affectées par une catastrophe possèdent, et acquièrent, des compétences et des capacités propres pour faire face à la situation, lesquelles doivent être reconnues et soutenues.

Les normes minimales

1 Abris et établissements humains

On apporte une assistance individuelle en matière d'abris à tous les ménages pour favoriser la réparation ou la construction d'habitations ou pour permettre l'établissement de ménages déplacés dans des habitations ou des communautés existantes. Lorsque ce type d'établissement dispersé n'est pas possible, on fournit des abris collectifs dans des bâtiments ou structures publics de grande taille et adaptés, comme des entrepôts, des grandes salles, des casernes, etc. ou bien dans des camps planifiés ou spontanés (mis en place par les populations elles-mêmes) temporaires.

Les solutions d'abris individuels peuvent être de courte ou longue durée, selon le niveau d'assistance fourni, les droits d'utilisation ou de propriété des terres, la disponibilité de services essentiels et d'infrastructures sociales, et les possibilités d'amélioration ou d'agrandissement des bâtiments.

Norme 1 relative aux abris et aux établissements: planification stratégique

On accorde la priorité aux abris et établissements existants en favorisant le retour ou l'hébergement des ménages affectés par la catastrophe, et on assure la sécurité, la santé, la sûreté et le bien-être de la population affectée.

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

- Les ménages affectés retournent là où se trouvaient leurs habitations d'origine, dans la mesure du possible (Cf. note d'orientation 1).

- Les ménages affectés qui ne peuvent retourner à l'emplacement de leurs habitations d'origine s'installent indépendamment au sein d'une communauté ou de familles d'accueil, dans la mesure du possible (Cf. note d'orientation 2).
- Les ménages affectés qui ne peuvent retourner là où se trouvaient leurs habitations d'origine ou qui ne peuvent pas s'installer indépendamment au sein d'une communauté ou de familles d'accueil sont hébergés dans des abris collectifs ou bien dans des camps planifiés ou spontanés temporaires (Cf. note d'orientation 3).
- Les menaces réelles ou potentielles pesant sur la sécurité de la population affectée sont évaluées, et les habitations et les établissements sont situés à une distance sûre de ces menaces externes (Cf. note d'orientation 4).
- Les risques liés aux dangers naturels, comme les tremblements de terre, l'activité volcanique, les glissements de terrain, les inondations ou les vents violents sont réduits au minimum, et la zone n'est pas sujette aux maladies ou à des risques significatifs liés aux vecteurs (Cf. notes d'orientation 4-5).
- Il n'y a pas dans les emplacements choisis d'équipement ou de matériel potentiellement dangereux, et les risques existants comme des structures dangereuses, des débris ou des terrains instables sont identifiés et rectifiés, ou bien l'accès à ces endroits est restreint et surveillé (Cf. notes d'orientation 4, 6 et 7).
- La propriété des terres et des biens fonciers et/ou les droits d'utilisation des bâtiments ou sites sont établis avant leur occupation, et leur utilisation autorisée est convenue au besoin (Cf. note d'orientation 8).
- Les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement, et les services sociaux, dont les soins médicaux, des écoles et des lieux de culte, sont disponibles ou peuvent être fournis de manière satisfaisante (Cf. note d'orientation 9).
- Les infrastructures de transport assurent l'accès à l'établissement pour favoriser la circulation des personnes et la prestation des services (Cf. note d'orientation 10).

- Lorsque c'est possible, les ménages peuvent accéder aux terres, aux marchés ou aux services pour poursuivre ou développer des activités leur permettant de soutenir leurs moyens de subsistance (Cf. note d'orientation 11).

Notes d'orientation

1. Retour: la possibilité de retourner à leur propre terre et à leur habitation est un but primordial pour la majorité des personnes affectées par une catastrophe. L'habitation endommagée et les terres qui l'entourent, s'il y en a, constituent des biens importants pour de nombreux ménages affectés par une catastrophe. Cependant, le retour ne sera pas toujours possible, à cause de préoccupations relatives à la sécurité, comme l'occupation de propriétés ou de terres, un conflit violent qui se poursuit, des tensions ethniques ou religieuses, la peur de la persécution, ou des mines terrestres et des pièces d'artillerie non explosées. La fourniture d'abris au travers de la réparation des habitations endommagées épaula les stratégies d'adaptation communes, conserve les modes habituels d'établissement et permet l'utilisation des infrastructures existantes.

2. Accueil au sein de familles et de communautés: les personnes affectées par une catastrophe préfèrent souvent s'installer au sein d'une communauté d'accueil, avec d'autres membres de leur famille ou des personnes qui partagent leurs liens historiques, religieux ou autres. Dans les cas où cette préférence ne peut pas être satisfaite, l'accueil au sein d'autres groupes de la communauté est également possible, après avoir bien réfléchi aux risques de sécurité ou aux conflits sociaux potentiels. L'assistance dans le domaine des abris englobera éventuellement un soutien pour développer ou améliorer l'abri et les installations existants de la famille d'accueil afin de mieux loger le ménage déplacé, ou bien la fourniture d'un abri supplémentaire adjacent à celui de la famille d'accueil. Il faudra évaluer et aborder l'augmentation de la densité démographique et de la demande relative aux services sociaux et à la fourniture d'infrastructures résultant de tels déplacements de population. La fourniture d'un abri au travers de la construction d'habitations supplémentaires ou agrandies au sein de communautés d'accueil appuie également les stratégies communes d'adaptation.

3. Établissement collectif: les camps temporaires planifiés ne doivent pas se transformer en intervention par défaut. Ce type de solution au problème des abris pourra s'avérer nécessaire dans les zones où les menaces pesant sur la sécurité augmentent les risques pour les ménages isolés, ou encore où les services essentiels comme l'eau ou la nourriture sont limités. La fourniture d'abris collectifs dans de grands bâtiments ou structures peut conférer une protection temporaire rapide contre les rigueurs du climat et peut être préférable dans les climats froids, lorsqu'il n'y a pas de ressources matérielles suffisantes pour fournir le niveau requis de confort thermique à l'intérieur des habitations individuelles. Bien que les bâtiments scolaires soient souvent utilisés pour loger les familles affectés, il faudra tenter de trouver d'autres structures adaptées afin de permettre aux enfants de la communauté d'accueil, et peut-être aussi à ceux de la communauté déplacée, de poursuivre leur scolarité. Il faut également veiller à ce que les établissements collectifs ne deviennent pas eux-mêmes la cible d'attaques ou ne posent un risque pour la sécurité de la population environnante.

4. Évaluation des risques et des vulnérabilités: il est crucial d'entreprendre une évaluation complète des risques et des vulnérabilités, y compris des menaces réelles ou potentielles pesant sur la sécurité, et des vulnérabilités sociales ou économiques particulières de différents groupements sociaux, au sein de la communauté affectée et de celle d'accueil, s'il y a lieu (Cf. norme relative à l'évaluation initiale, page 34).

5. Dangers naturels: il faudra également évaluer les risques représentés par l'impact localisé de dangers naturels comme les tremblements de terre, l'activité volcanique, les glissements de terrain ou les vents violents dans tout site donné. Les sites proches de bâtiments ou de structures vulnérables aux répliques de tremblements de terre, de formes de terrain sujettes aux glissements, de sites de basse altitude sujets à des coulées de lave supplémentaires et à l'accumulation des gaz d'échappement, de berges et de dépressions risquant des inondations supplémentaires, et les sites exposés à des vents violents seront évités, jusqu'à ce que les risques évalués d'un retour éventuel à ces sites aient été réduits de façon satisfaisante.

6. Matériels et marchandises dangereux: les matériels et les marchandises potentiellement dangereux peuvent être déposés ou

exposés suite à des catastrophes naturelles comme un tremblement de terre, une inondation ou un typhon ; des mines ou pièces d'artillerie non explosées peuvent être présentes suite à un conflit antérieur ou en cours. La présence de ce type d'objet et les risques potentiels que comporte leur enlèvement seront identifiés par un personnel doté de l'expérience appropriée. Le temps et les connaissances techniques spécialisées requis pour leur enlèvement sans risque peuvent exclure l'utilisation d'une partie ou de la totalité des emplacements affectés.

7. Évaluations structurelles: la stabilité structurelle des bâtiments dans les zones habitées sera évaluée par un personnel doté des qualifications appropriées. Les évaluations engloberont les effets d'un affaiblissement structurel supplémentaire dû aux répliques des tremblements de terre, d'autres inondations et de vents violents, etc. Pour les abris collectifs, on évaluera l'aptitude de la structure des bâtiments existants à accommoder toute charge supplémentaire et le risque accru d'effondrement de certains éléments du bâtiment comme les sols, les cloisons intérieures, les toitures, etc.

8. Propriété et utilisation des terres et des bâtiments: ces questions sont souvent controversées, en particulier dans les situations où l'on n'a pas conservé de documents ou bien lorsqu'un conflit a affecté les droits de propriété. L'identité du ou des propriétaire(s) du site ou du (ou des) bâtiment(s) sera établie et les titulaires de droits d'utilisation, formels ou coutumiers, seront identifiés dans la mesure du possible. Les droits des groupes vulnérables relatifs aux terres ou aux bâtiments seront identifiés et soutenus. Il s'agit entre autres des droits formels ou sous-entendus d'héritage, en particulier suite à une catastrophe dans laquelle le titulaire du droit ou du titre est décédé ou a été déplacé.

9. Disponibilité de services et d'installations: les installations ou services existants ou réparés seront identifiés et utilisés, lorsque leur capacité est suffisante, avant d'envisager la construction de nouvelles installations (Cf. chapitre relatif à l'approvisionnement en eau, à l'assainissement et à la promotion de l'hygiène, page 61).

10. Accès aux sites des établissements: il faudra évaluer l'accès à l'établissement, l'état des infrastructures routières locales et la proximité de pistes d'atterrissage, de têtes de ligne ou de ports pour

l'approvisionnement en secours humanitaires, en tenant compte des contraintes, des dangers et des risques pour la sécurité selon la saison. Pour les abris collectifs et les camps temporaires planifiés ou spontanés, le site lui-même et tout point principal d'entreposage et de distribution des aliments devront être accessibles à des camions lourds en provenance d'une route praticable par tous les temps. Les autres installations devront être accessibles aux véhicules légers.

- 11. Soutien aux moyens de subsistance:** une compréhension des activités économiques pré-catastrophe de la population affectée, et des possibilités dans le contexte post-catastrophe, devra orienter l'établissement des populations affectées. Il faudra tenir compte, entre autres, des questions de disponibilité et d'accès aux terres pour la culture et la pâture, de l'emplacement et de l'accès aux zones de marchés, et de la disponibilité et de l'accès aux services locaux essentiels pour certaines activités économiques. Les besoins et contraintes sociaux et économiques de certains groupes vulnérables au sein de la communauté déplacée, ou des communautés d'accueil éventuelles, seront également évalués et accommodés en conséquence (Cf. normes relatives à la sécurité alimentaire, page 141).

Norme 2 relative aux abris et aux établissements: planification physique

Les pratiques locales de planification physique sont utilisées dans la mesure du possible, pour permettre un accès sûr et sécurisant aux abris et aux services et installations essentiels, ainsi que leur utilisation, et pour assurer un degré approprié d'intimité et de séparation entre les abris respectifs des ménages.

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

- La planification par zone ou groupée – par famille, par quartier, ou par groupe villageois selon ce qui est approprié – maintient les réseaux sociaux existants, favorise la sécurité et permet à la population affectée de s'autogérer (Cf. note d'orientation 1).

- Tous les membres de la population affectée ont accès, en toute sécurité, à de l'eau, à des installations sanitaires, à des soins de santé, à des services d'enlèvement des déchets solides, à des cimetières et à des installations sociales, y compris des écoles, des lieux de culte, des points de rencontre et des zones de loisirs (Cf. notes d'orientation 2-4).
- Les camps planifiés ou spontanés temporaires se basent sur une superficie minimale de 45 m² par personne (Cf. note d'orientation 5).
- La topographie de surface est utilisée ou augmentée pour faciliter le drainage de l'eau, et les conditions du sol se prêtent à l'excavation de trous de défécation lorsqu'il s'agit là du principal système d'assainissement (Cf. note d'orientation 6).
- Il y a des routes et des chemins pour assurer un accès sûr, sécurisant et par tous les temps aux habitations et installations individuelles (Cf. note d'orientation 7).
- Les abris collectifs sont dotés d'ouvertures permettant l'accès et l'évacuation en cas d'urgence, et ces ouvertures sont positionnées de manière à ce que l'accès soit bien surveillé et ne comporte pas de risque pour la sécurité des occupants (Cf. note d'orientation 8).
- Les risques liés aux vecteurs sont réduits au minimum (Cf. note d'orientation 9).

Notes d'orientation

1. **Planification groupée:** pour les établissements collectifs, l'assignation d'espace dans les abris collectifs et de parcelles au sein de camps temporaires planifiés sera orientée par les pratiques sociales existantes et la fourniture et l'entretien des ressources communes, y compris les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, la cuisine, la distribution d'aliments, etc. L'agencement des parcelles dans les camps temporaires devra préserver l'intimité et la dignité des ménages: les ouvertures des portes devront être décalées et chaque abri devra déboucher sur un espace commun. Des zones sûres et intégrées d'habitation seront également fournies pour les groupes vulnérables et les

communautés déplacées qui englobent un nombre significatif d'adultes ou d'enfants non accompagnés. Pour les établissements dispersés, les principes de planification groupée s'appliqueront également, par exemple le retour de groupes de ménages à une zone géographique ou l'identification de familles d'accueil proches les unes des autres.

2. Accès aux services et aux installations: l'accès aux services essentiels, y compris l'approvisionnement en eau, les toilettes, les services de santé et sociaux, sera planifié de façon à développer au maximum l'utilisation des installations existantes ou réparées tout en réduisant au minimum les effets négatifs sur toute communauté voisine ou d'accueil. Des installations ou points d'accès supplémentaires seront fournis selon ce qui sera requis afin de satisfaire les besoins d'hébergement de la population cible, et planifiés de façon à assurer l'accès sans risque de tous les habitants. La structure sociale et les rôles assignés aux femmes et aux hommes de la population affectée et les besoins des groupes vulnérables se refléteront dans la planification et la prestation des services. Des zones de jeu sûres seront mises à la disposition des enfants, et l'accès à l'école et autres services d'éducation sera assuré dans la mesure du possible (Cf. chapitre relatif à l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène, page 61, et norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé, note d'orientation 1, page 318).

3. Restes humains: les coutumes sociales concernant le traitement des dépouilles mortelles seront respectées. Lorsque les coutumes varient, des zones séparées seront disponibles pour que chaque groupe social puisse suivre ses propres traditions dans la dignité. Lorsque les installations existantes comme les cimetières ou les crématoriums sont inadéquates, d'autres sites ou installations seront fournis. Les cimetières se situeront à au moins 30 mètres des sources souterraines utilisées pour l'approvisionnement en eau potable, et le fond des tombes se situera à au moins 1,5 m de la nappe phréatique. L'eau de surface des cimetières ne devra pas pénétrer dans les zones habitées. La communauté affectée aura également accès aux matériaux lui permettant de satisfaire les besoins relatifs à des bûchers funéraires culturellement acceptables et à d'autres rites funéraires (Cf. également norme 5 relative aux systèmes et infrastructures de santé, note d'orientation 8, page 321).

4. Services administratifs et zones de mise en quarantaine: selon les besoins, il faudra prendre des dispositions pour les bureaux administratifs,

l'entreposage et l'hébergement du personnel afin de soutenir les activités de l'intervention suite à la catastrophe, ainsi que pour des zones de mise en quarantaine (Cf. norme 4 relative à la lutte contre les maladies transmissibles, page 331).

5. Superficie: la ligne directrice de planification de 45 m² par personne inclut les parcelles des ménages et la surface nécessaire pour les routes, les chemins, les installations scolaires, les installations sanitaires, les pare-feu, les services administratifs, les installations d'entreposage de l'eau, les zones de distribution, les marchés et les espaces d'entreposage, plus des petits potagers pour chaque ménage. La planification de la superficie devra également prendre en compte l'évolution et la croissance de la population. Si la superficie minimale ne peut pas être fournie, on s'attachera à atténuer les conséquences d'une occupation plus dense (par exemple, séparation entre les ménages pour préserver leur intimité, espace pour les installations requises, etc.).

6. Topographie et conditions du sol: pour les camps temporaires planifiés, la déclivité du site ne dépassera pas 6%, sauf si des mesures importantes de contrôle du drainage et de l'érosion sont prises, et il ne sera pas inférieur à 1% pour permettre un drainage adéquat. Il faudra peut-être encore prévoir des canaux de drainage pour réduire au minimum les risques d'inondations ou de formation de flaques ou mares. Le point le plus bas du site ne se situera pas à moins de 3 mètres au dessus du niveau estimé de la nappe phréatique durant la saison des pluies. Les conditions du sol influenceront également sur le choix de l'emplacement des latrines et autres installations, et donc la planification des établissements. Par exemple, les roches fissurées peuvent disperser les eaux usées sur une surface importante, les argiles fines donnent une percolation médiocre et causent rapidement le dysfonctionnement des latrines, les roches volcaniques rendent l'évacuation des latrines difficile (Cf. norme 2 relative à l'élimination des excréments, page 86, et norme 1 relative au drainage, page 102).

7. Accès aux emplacements des abris: les voies d'accès existantes ou nouvelles éviteront la proximité de dangers. Dans la mesure du possible, ces voies éviteront également de créer des zones isolées ou cachées qui pourraient supposer une menace pour la sécurité personnelle des

utilisateurs. L'érosion résultant de l'utilisation régulière des voies d'accès sera, autant que possible, réduite au minimum au travers d'une planification rigoureuse.

8. Accès et sorties de secours: les abris collectifs assureront un accès libre aux occupants tout en permettant une surveillance adéquate par les occupants eux-mêmes pour réduire au minimum toute menace potentielle pour la sécurité. Il faudra éviter les marches ou les dénivellations près des sorties des abris collectifs, et il faudra installer des balustrades sur tous les escaliers et les rampes. Dans la mesure du possible, on assignera aux occupants éprouvant des difficultés à marcher ou ne pouvant pas du tout marcher des espaces au rez-de-chaussée, adjacents aux sorties ou situés le long des voies d'accès, sans dénivellation. Tous les occupants du bâtiment se trouveront à une distance raisonnable d'au moins deux sorties, pour leur donner le choix de la sortie à prendre en cas d'incendie, et ces sorties seront très visibles.

9. Risques liés aux vecteurs: les zones de basse altitude, les bâtiments vides et les excavations (comme celles résultant de la construction en pisé) peuvent fournir des terrains de reproduction aux insectes et animaux nuisibles, qui peuvent constituer un risque pour la santé des ménages adjacents (Cf. norme 2 relative à la lutte antivectorielle, page 93).

Norme 3 relative aux abris et aux établissements: espace de vie couvert

Les personnes disposent de suffisamment d'espace couvert pour leur fournir une habitation digne. Les activités essentielles des ménages peuvent être entreprises de façon satisfaisante, et les activités de soutien des moyens de subsistance peuvent être poursuivies selon les besoins.

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

- La superficie couverte initiale au sol par personne est d'au moins 3,5 m² (Cf. notes d'orientation 1-3).
- La zone couverte permet une séparation et un degré d'intimité sûrs

entre les hommes et les femmes, entre les différentes tranches d'âge et entre familles au sein d'un foyer donné, selon les besoins (Cf. notes d'orientation 4-5).

- Les activités essentielles du ménage peuvent être effectuées à l'intérieur de l'abri (Cf. notes d'orientation 6 et 8).
- Les activités clés de soutien aux moyens de subsistance sont accommodées dans la mesure du possible (Cf. notes d'orientation 7-8).

Notes d'orientation

1. Climat et contexte: dans les climats froids, les activités du ménage ont en général lieu à l'intérieur de la zone couverte et les personnes affectées par la catastrophe peuvent passer une quantité considérable de temps à l'intérieur pour s'assurer un confort thermique adéquat. En milieu urbain, les activités du ménage se déroulent en général à l'intérieur de la zone couverte, car il y a d'habitude moins d'espace externe adjacent pouvant être utilisé. Dans les climats chauds et humides, il est nécessaire d'avoir un espace permettant une circulation d'air plus importante afin de maintenir un environnement salubre. Une zone au sol couverte de plus de 3,5 m² sera souvent requise pour satisfaire ces besoins. La hauteur du sol au plafond est également un aspect à prendre en compte ; une hauteur supérieure est préférable dans les climats chauds et humides pour permettre à l'air de circuler, et une hauteur inférieure est préférable dans les climats froids pour réduire au minimum le volume intérieur devant être chauffé. Dans les climats assez chauds, un espace extérieur ombragé adjacent à l'abri peut être prévu pour la préparation des aliments, leur cuisson et pour le couchage.

2. Durée: immédiatement après une catastrophe, en particulier dans des conditions climatiques extrêmes et lorsque l'on ne dispose pas de beaucoup de matériaux d'abri, une surface de moins de 3,5 m² par personne pourra être appropriée pour sauver des vies et fournir un abri adéquat à court terme au plus grand nombre possible de personnes dans le besoin. Dans ces cas, l'intervention visant à fournir un abri devra être conçue pour atteindre les 3,5 m² par personne dès que possible, car des délais plus longs pourront commencer à affecter la santé et le bien-être des personnes hébergées. S'il s'avère impossible d'atteindre la cible de 3,5 m²

par personne, ou bien si cette superficie dépasse l'espace habituel utilisé par la population affectée ou voisine, il faudra réfléchir à l'impact sur la dignité, la santé et l'intimité des personnes d'une surface couverte réduite. Il faudra mettre en relief toute décision de fournir moins de 3,5 m² par personne, ainsi que les mesures prises en vue d'atténuer tout effet négatif de cette décision sur la population affectée.

3. Toitures: lorsque l'on ne peut pas fournir les matériaux nécessaires à la construction d'un abri complet, on donnera la priorité à la fourniture de matériaux de toiture et du soutien structurel requis pour installer la zone couverte minimale. L'enceinte en résultant ne fournira cependant pas forcément la protection nécessaire contre les intempéries, ni le degré de sécurité, d'intimité et de dignité requis, et il faudra prendre des mesures pour satisfaire ces besoins le plus rapidement possible.

4. Pratiques culturelles: les pratiques locales existantes en matière d'utilisation de l'espace de vie couvert, comme les dispositions pour le couchage et l'hébergement des membres de la famille étendue, influenceront sur la superficie couverte requise. La consultation fera intervenir les membres des groupes vulnérables, ainsi que ceux qui s'occupent de personnes ayant du mal à se déplacer.

5. Sécurité et intimité: les femmes, les filles et les garçons sont sujets aux attaques, et il faut donc veiller à assurer leur protection contre toute atteinte à leur sécurité personnelle. Au sein des abris individuels des ménages, il faudra prendre des dispositions pour permettre une subdivision interne. Dans les abris collectifs, le regroupement de familles ayant des liens de parenté, des voies d'accès bien planifiées traversant le bâtiment ou la structure, et des matériaux permettant de séparer les espaces personnels et ceux des ménages contribueront à fournir un degré adéquat d'intimité et de sécurité.

6. Activités des ménages: il faut prévoir un espace pour le couchage, la toilette et l'habillement, pour les soins aux nourrissons, aux enfants et aux malades ou infirmes, pour l'entreposage de la nourriture, de l'eau, des biens du ménage et autres biens clés, pour cuisiner et manger à l'intérieur au besoin, et pour que les membres du ménage puissent se réunir.

7. Conception et fourniture d'espace: l'utilisation souple de l'espace

couvert fourni pourrait potentiellement accommoder différentes activités à des moments différents du jour ou de la nuit. La conception de la structure, l'emplacement des ouvertures et les possibilités de subdivisions internes alternatives devraient permettre aux espaces internes et externes immédiatement adjacents d'accueillir les activités de soutien aux moyens de subsistance, au besoin.

- 8. Autres fonctions des abris:** il faut reconnaître que les abris, en plus d'offrir une protection contre les rigueurs du climat, la sécurité et l'intimité pour chacun des ménages, etc. revêtent d'autres utilités. Ils peuvent servir à établir des revendications ou des droits territoriaux, constituer un site où recevoir une assistance humanitaire, et où dispenser un soutien socio-psychologique post-catastrophe au travers du processus de reconstruction. Ils peuvent également représenter un important bien financier pour les ménages.

Norme 4 relative aux abris et aux établissements: conception

La conception de l'abri est acceptable pour la population affectée et lui fournit suffisamment de confort thermique, d'air frais et de protection contre les intempéries pour qu'elle puisse maintenir sa dignité, sa santé, sa sécurité et son bien-être.

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

- La conception de l'abri et les matériaux utilisés sont familiers lorsque c'est possible et acceptables sur les plans culturel et social (Cf. note d'orientation 1).
- On accorde la priorité à la réparation des abris endommagés existants ou à l'amélioration de solutions initiales d'abris construites par la population affectée par la catastrophe (Cf. note d'orientation 2).
- Les matériaux alternatifs requis pour fournir un abri temporaire sont durables, pratiques et acceptables pour la population affectée (Cf. note d'orientation 3).

- Le type de construction, les matériaux utilisés et la taille et le positionnement des ouvertures offrent un confort thermique et une aération optimaux (Cf. notes d'orientation 4-7).
- L'accès aux sources d'approvisionnement en eau et aux installations sanitaires, et la fourniture appropriée de moyens de recueillir l'eau de pluie, d'emmagasiner l'eau, d'assurer le drainage et la gestion des déchets solides, viennent compléter la construction des abris (Cf. note d'orientation 8).
- Les mesures de lutte antivectorielle sont incorporées dans la conception, et les matériaux sont sélectionnés de manière à réduire au minimum les risques pour la santé (Cf. note d'orientation 9).

Notes d'orientation

1. Conception participative: chaque ménage affecté doit participer autant que possible aux efforts en vue de déterminer la forme finale des abris et les matériaux utilisés. On donnera la priorité aux opinions des groupes ou des individus qui doivent en général passer plus de temps à l'intérieur des abris. L'orientation de l'abri individuel ou de la zone couverte, les dimensions et l'agencement de l'espace fourni, le positionnement des ouvertures des portes et des fenêtres de manière à permettre un accès adéquat, à laisser entrer la lumière et à assurer la ventilation, et toutes les subdivisions internes refléteront les pratiques locales lorsqu'on sait qu'elles sont sûres. Ceci sera influencé par des évaluations des formes de logement typiques actuellement utilisées pour accommoder les besoins (Cf. norme relative à la participation, page 32).

2. Initiatives locales en matière d'abris et réparation des bâtiments endommagés: les populations affectées par une catastrophe improvisent souvent des solutions d'abri à l'aide des matériaux récupérés de leur logement endommagé ou obtenus par d'autres moyens au niveau local, en utilisant des techniques de construction traditionnelles ou improvisées. Elles préféreront peut-être recevoir un soutien matériel et une assistance technique pour rendre une ou deux pièces habitables au sein d'une maison endommagée ou pour améliorer des abris improvisés à des solutions d'abri inconnues ou collectives. Il faut aborder les risques liés à d'autres catastrophes naturelles éventuelles, comme des répliques de tremblement

de terre ou des glissements de terrain, les menaces potentielles pour la sécurité et les questions de réconciliation pour les ménages de retour dans des zones affectées par un conflit, ainsi que les risques pour la santé et la sécurité posés par des infrastructures ou des bâtiments endommagés.

3. Matériaux et construction: lorsqu'il n'est pas facile ou conseillé de se procurer des matériaux locaux ou familiers, des conceptions et des matériaux culturellement acceptables seront identifiés au travers d'une consultation participative avec la communauté affectée. On fournit en général des bâches en plastique renforcé aux ménages durant la phase initiale d'une intervention en situation de catastrophe avec, à l'occasion, de la corde et du matériel de soutien, comme du bois, des tubes en plastique ou des sections en acier galvanisé achetés au niveau local. Ces bâches devront satisfaire les spécifications acceptées par la communauté humanitaire internationale.

4. Dans les climats assez chauds et humides: les abris devront être orientés et conçus de manière à assurer une aération maximale et à réduire au minimum l'entrée directe du soleil. Il faudra éviter de bloquer les ouvertures, par exemple par des abris voisins, afin de porter au maximum la circulation de l'air. Le toit sera suffisamment incliné pour permettre l'écoulement de l'eau de pluie et doté de surplombs importants. La construction de l'abri sera légère, puisqu'il ne nécessite pas une capacité thermique importante. On prendra en compte les pluies saisonnières et on réfléchira à un drainage adéquat des eaux de surface autour de l'abri et à des sols surélevés afin de réduire au minimum la pénétration de l'eau. La végétation existante peut accroître l'absorption de l'eau par le sol.

5. Dans les climats chauds et secs: la construction sera lourde pour assurer une capacité thermique élevée et permettre aux changements de température nocturnes et diurnes de rafraîchir ou de réchauffer l'intérieur, ou bien légère mais bien isolée. On accordera une attention adéquate à la conception structurelle des constructions lourdes dans les zones présentant des risques de séismes. Si l'on ne dispose que de bâches en plastique ou de tentes, il faudra fournir un double toit avec une ventilation entre les couches afin de réduire l'augmentation de chaleur radiante. En positionnant les ouvertures des portes et des fenêtres dans la direction contraire à celle du vent dominant, on contribuera à réduire au minimum le réchauffement causé par les vents chauds et le rayonnement du sol

environnant. La construction d'abris adjacents, les formes naturelles du terrain et les arbres situés à proximité permettront d'accroître les zones ombragées et la protection contre les vents chauds. Il faudra prévoir un sol attenant aux murs extérieurs afin de réduire au minimum la pénétration du sable.

- 6. Dans les climats froids:** des constructions lourdes dotées d'une capacité thermique élevée seront requises pour les abris occupés toute la journée. Une construction légère dotée d'une capacité thermique faible et d'une isolation importante sera plus appropriée pour les abris occupés uniquement la nuit. La circulation de l'air à l'intérieur de l'abri sera maintenue au minimum nécessaire pour assurer le confort personnel, tout en fournissant également une ventilation adéquate pour les appareils de chauffage ou les fourneaux. Les ouvertures des portes et des fenêtres seront conçues de manière à réduire au minimum les courants d'air. Des fourneaux ou autres formes d'appareils de chauffage sont essentiels et doivent être appropriés pour l'abri. La perte de chaleur corporelle par le sol sera réduite au minimum en veillant à ce que celui-ci soit isolé et en utilisant des nattes isolées, des matelas ou des lits surélevés (Cf. norme 1 relative aux articles non alimentaires, page 272, et norme 4, page 277).
- 7. Ventilation:** une ventilation adéquate sera prévue dans la conception de l'abri pour maintenir un environnement interne salubre et pour limiter le risque de transmission de maladies comme la tuberculose, laquelle se propage par l'inhalation de microgouttelettes infectieuses.
- 8. Pratiques locales concernant l'acquisition d'eau, l'assainissement et la gestion des déchets:** les pratiques pré-catastrophe concernant l'accès à l'eau salubre et les méthodes de défécation et de gestion des déchets seront établies, et on identifiera les possibilités et les entraves liées à ces pratiques dans la situation post-catastrophe. L'emplacement des w.c. et des installations de gestion des déchets solides ne doit pas compromettre les aspects culturels, environnementaux, sociaux ou relatifs à la sécurité de la conception ou de l'agencement des abris individuels ou de l'établissement (Cf. chapitre sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène, page 61).
- 9. Identification des risques vectoriels:** on cherchera à comprendre les pratiques locales de construction, les modes d'utilisation des abris par les

personnes déplacées et la sélection des matériaux avant de concevoir les abris et de décider des mesures ultérieures de lutte antivectorielle. Les risques sont en général liés aux moustiques, aux rats et aux mouches, ainsi qu'aux animaux nuisibles comme les serpents, les scorpions et les termites (Cf. normes 1-3 relatives à la lutte antivectorielle, pages 91-97).

Norme 5 relative aux abris et aux établissements: construction

L'approche de la construction est conforme aux pratiques locales sûres dans ce domaine et porte au maximum les possibilités de moyens de subsistance au niveau local.

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

- Des matériaux et une main-d'œuvre locaux sont utilisés sans affecter négativement l'économie ou l'environnement locaux (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Les normes locales en ce qui concerne la qualité du travail et des matériaux sont utilisées comme références (Cf. note d'orientation 3).
- Les spécifications relatives à la construction et aux matériaux atténuent les effets de catastrophes naturelles futures (Cf. note d'orientation 4).
- Le type de construction et de matériaux utilisés permet l'entretien et l'amélioration des abris de chaque ménage en utilisant des outils et des ressources disponibles au niveau local (Cf. note d'orientation 5).
- L'achat de matériaux et de main-d'œuvre et la supervision du processus de construction se font de façon transparente, en rendant des comptes et conformément aux pratiques acceptées au niveau international en matière de présentation d'offres, d'achat et d'administration de la construction (Cf. note d'orientation 6).

Notes d'orientation

1. Recherche de fournisseurs de matériaux et de main-d'œuvre pour

construire les abris: il faut promouvoir le soutien aux moyens de subsistance au travers de l'achat au niveau local de matériaux de construction, de compétences spécialisées en matière de construction et de main-d'œuvre manuelle. Si l'on pense que la collecte et la fourniture locales de matériaux sont susceptibles d'avoir un effet négatif considérable sur l'économie locale ou sur l'environnement, il faudra prévoir des sources multiples, des matériaux et des processus de production alternatifs, ou bien la fourniture de systèmes d'abri de marque déposée ou de matériaux achetés au niveau régional ou international. La réutilisation de matériaux récupérés de bâtiments endommagés sera encouragée lorsqu'elle est faisable, soit comme matériaux primaires de construction (briques ou pierres de maçonnerie, bois de charpente, tuiles, etc.), soit comme matériaux secondaires (gravats pour les fondations ou pour aplanir les routes, etc.). Il faudra identifier les propriétaires de ces matériaux et se mettre d'accord sur ce point (Cf. norme 6 relative aux abris et aux établissements humains, note d'orientation 3, page 270).

2. Participation des ménages affectés: des programmes de formation dans divers domaines de compétences et des plans d'apprentissage peuvent favoriser la participation des individus à la phase de construction, en particulier de ceux qui ne possèdent ni les compétences ni l'expérience requises dans ce domaine. Les personnes qui sont moins à même d'entreprendre des tâches exigeantes sur les plans physique ou technique peuvent apporter des contributions complémentaires, comme le suivi des chantiers et les inventaires, la prestation de services temporaires de garde d'enfants ou d'hébergement et de préparation de repas à ceux qui prennent part aux travaux de construction, ainsi qu'un soutien administratif. Il faut prendre en compte les autres obligations, sur les plans du temps et du travail, de la population affectée. L'inclusion d'initiatives de type "vivre en échange de travail" peut fournir aux ménages affectés la sécurité alimentaire nécessaire pour qu'ils puissent participer. Les femmes célibataires, les ménages ayant à leur tête une femme et les femmes handicapées risquent tout particulièrement d'être victimes d'exploitation sexuelle lorsqu'ils demandent une assistance pour la construction de leur

abri. La prestation d'une assistance par des équipes volontaires de travail issues de la communauté ou par une main-d'œuvre engagée par contrat pourrait venir compléter les contributions des bénéficiaires (Cf. norme relative à la participation, page 32).

3. Normes en matière de construction: il faut convenir de normes relatives aux bonnes pratiques avec les autorités compétentes pour garantir la satisfaction des exigences clés en matière de sécurité et de performances. Dans les lieux où des codes locaux ou nationaux applicables dans le domaine de la construction n'ont pas été habituellement observés ou mis en application, il faudra convenir d'une conformité progressive.

4. Prévention et atténuation des effets des catastrophes: la conception correspondra aux conditions climatiques connues, sera capable de résister à la pression possible exercée par les vents et la neige dans les climats froids. La résistance aux tremblements de terre et la capacité de charge du sol seront évaluées. Les changements recommandés ou effectués au niveau des normes de construction ou des pratiques communes de construction suite à la catastrophe seront appliqués dans le cadre d'une consultation avec les autorités locales et la population affectée par la catastrophe.

5. Amélioration et entretien: comme les interventions d'urgence dans le secteur des abris ne fournissent en général que le minimum nécessaire d'espace couvert et d'assistance matérielle, les familles affectées devront chercher d'autres moyens possibles d'accroître la mesure ou la qualité de l'espace couvert fourni. La forme de la construction et les matériaux utilisés devront permettre à chacun des ménages d'adapter progressivement ou d'améliorer l'abri, ou certains aspects de sa conception, afin de satisfaire ses besoins à plus long terme et d'entreprendre des réparations en utilisant les outils et les matériaux disponibles au niveau local.

6. Gestion des achats et de la construction: il faudra établir une chaîne d'approvisionnement et un système de gestion de la construction efficaces et adaptés à la reddition de comptes pour les matériaux, la main-d'œuvre et la supervision du chantier, en prenant en compte la recherche de fournisseurs, les achats, le transport, la manutention et l'administration, du point d'origine au site final, selon les besoins.

Norme 6 relative aux abris et aux établissements: impact sur l'environnement

L'impact négatif sur l'environnement est réduit au minimum au travers de l'installation des ménages affectés par la catastrophe, de la recherche de fournisseurs de matériaux et des techniques de construction utilisées.

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

- Dans le cadre de l'installation temporaire ou permanente de la population affectée, on prend en compte la quantité de ressources naturelles disponibles (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Les ressources naturelles sont gérées de manière à satisfaire les besoins actuels des populations déplacée et d'accueil (Cf. notes d'orientation 1-2).
- La production et la fourniture de matériaux de construction et le processus de construction entraînent la diminution minimale à long terme des ressources naturelles (Cf. notes d'orientation 2-3).
- Les arbres et le reste de la végétation sont conservés dans la mesure du possible pour accroître la rétention de l'eau, maintenir au minimum l'érosion du sol et faire de l'ombre (Cf. note d'orientation 4).
- Les sites des abris collectifs ou des camps temporaires planifiés sont remis dans leur état initial, sauf s'il en a été convenu autrement, une fois qu'ils ne sont plus requis comme abris d'urgence (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

- 1. Durabilité et gestion des ressources environnementales:** dans les environnements où les ressources naturelles sont trop limitées pour pouvoir subvenir aux besoins d'un nombre considérablement supérieur d'habitants, il faudra faire des efforts pour contenir la pression non viable sur l'environnement. Il faudra fournir des réserves externes durables de

combustible et proposer des options gérées pour la pâture du bétail, la production agricole et les activités de soutien des moyens de subsistance dépendant des ressources naturelles. Dans les environnements dotés de ressources naturelles en quantité importante qui pourraient supporter une augmentation considérable du nombre d'habitants, la population affectée devra être répartie, au besoin, dans plusieurs petits établissements, car ceux-ci seront moins susceptibles de nuire à l'environnement que les établissements humains d'envergure. Les droits d'accès aux ressources naturelles existantes, comme le combustible, l'eau, le bois de construction, la pierre et le sable, etc., ainsi que l'utilisation et l'entretien normaux des terres et des zones boisées existantes seront déterminés.

2. Atténuation de l'impact environnemental à long terme: lorsque la nécessité de fournir un abri aux populations affectées entraîne un impact négatif significatif sur l'environnement, par exemple au travers de la diminution des ressources naturelles locales, il faudra fournir des efforts pour réduire au minimum les effets à long terme au travers d'une gestion environnementale et d'activités de réhabilitation complémentaires.

3. Recherche de matériaux de construction: il faudra procéder à une évaluation initiale de l'impact environnemental des pratiques pré-catastrophe relatives à la recherche de matériaux et de la pression post-catastrophe à grande échelle sur les ressources naturelles, comme l'eau, le bois de construction, le sable, la terre et les herbages, ainsi que le combustible pour la cuisson des briques et des tuiles. On déterminera les utilisateurs coutumiers, les taux d'extraction et de régénération, et la propriété ou le contrôle de ces ressources. Des sources différentes ou complémentaires d'approvisionnement pourraient soutenir l'économie locale et réduire les effets susceptibles de dégrader l'environnement local à long terme. Il faudra spécifier des sources d'approvisionnement multiples et la réutilisation de matériaux récupérés, des matériaux et processus de production alternatifs (comme l'utilisation de blocs de terre stabilisés), ainsi que l'adoption de pratiques durables comme la replantation complémentaire ou les programmes de régénération.

4. Érosion: il faudra entreprendre une évaluation de l'utilisation typique des terres, de la distribution de la végétation existante et des modes de drainage des eaux de surface afin d'évaluer l'impact d'un éventuel déblaiement de terrain. L'utilisation de terres agricoles ou de pâture devra

être planifiée de manière à réduire au minimum tout impact négatif sur l'habitat naturel local. Les solutions en matière d'abri seront planifiées de façon à conserver les arbres et autre végétation utiles pour assurer la stabilisation du sol, pour créer d'importantes zones ombragées et pour fournir une protection contre les rigueurs du climat. On planifiera les routes, les chemins et les réseaux de drainage de manière à utiliser au mieux les courbes de niveau naturelles pour maintenir au minimum l'érosion et les inondations. Lorsque ceci s'avère impossible à faire, on prendra des mesures satisfaisantes afin de contenir toute érosion probable, comme des caniveaux de drainage creusés, des tuyauteries de drainage sous les chaussées, ou encore des talus de terre plantés afin de réduire au minimum le ruissellement des eaux (Cf. norme 1 relative au drainage, page 102).

5. Transfert: la régénération naturelle de l'environnement à l'intérieur et aux alentours des abris collectifs et des camps planifiés ou spontanés temporaires sera étayée par des mesures appropriées de réhabilitation environnementale pendant la durée de vie de l'établissement temporaire. La clôture finale de ces établissements temporaires sera gérée de manière à assurer l'élimination satisfaisante de tous les matériaux ou déchets ne pouvant être réutilisés ou qui pourraient nuire à l'environnement.

2 Articles non alimentaires: vêtements, literie et articles ménagers

Les vêtements, les couvertures et les articles de literie satisfont les besoins humains les plus personnels liés à la protection contre les rigueurs du climat et au maintien de la santé, de l'intimité et de la dignité. Des articles et des fournitures de base permettront aux familles de satisfaire leurs besoins d'hygiène personnelle, de préparer et de consommer des aliments, d'assurer leur confort thermique et de construire, entretenir ou réparer leurs abris.

Norme 1 relative aux articles non alimentaires: vêtements et literie

Les personnes affectées par la catastrophe disposent de suffisamment de vêtements, de couvertures et de literie pour assurer leur dignité, leur sécurité et leur bien-être.

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

- Les femmes, filles, hommes et garçons disposent d'au moins une tenue vestimentaire complète de la taille correcte, adaptée à la culture, à la saison et au climat. Les nourrissons et les enfants de moins de deux ans ont également une couverture d'au moins 100 cm x 70 cm (Cf. notes d'orientation 1-4).
- Les personnes ont accès à un jeu de couvertures et d'articles de literie ou de nattes pour leur assurer un confort thermique et leur permettre de dormir séparément, selon les besoins (Cf. notes d'orientation 2-4).

- Les personnes courant le plus de risques ont des vêtements et des articles de literie supplémentaires pour satisfaire leurs besoins (Cf. note d'orientation 5).
- Des linéaux culturellement appropriés sont disponibles au besoin.

Notes d'orientation

- 1. Vêtements de rechange:** les personnes ont accès à suffisamment de vêtements de rechange pour assurer leur confort thermique, leur dignité et leur sécurité. Pour ce faire, il faudra peut-être fournir plus d'un ensemble d'articles essentiels, en particulier les sous-vêtements, pour permettre aux personnes de les laver.
- 2. Caractère approprié:** les vêtements devront être appropriés pour les conditions climatiques et les pratiques culturelles, convenables respectivement pour les hommes, les femmes, les filles et les garçons ; ils seront en outre fournis dans des tailles adaptées à l'âge. Les articles de literie refléteront dans la mesure du possible les pratiques culturelles et seront fournis en quantité suffisante pour permettre aux membres de chaque ménage de dormir séparément selon leurs exigences.
- 3. Performances thermiques:** il faudra tenir compte des propriétés isolantes des vêtements et des articles de literie, et de l'effet des conditions climatiques, notamment de la pluie ou de l'humidité, sur leurs performances thermiques. Il faudra fournir une combinaison appropriée de vêtements et d'articles de literie pour assurer l'obtention d'un niveau satisfaisant de confort thermique. Il sera peut-être plus efficace de fournir des nattes que des couvertures supplémentaires pour réduire au minimum la perte de chaleur par le sol.
- 4. Durabilité:** les vêtements et les articles de literie fournis seront suffisamment durables pour résister à une usure normale et à l'utilisation prolongée probable due au manque d'articles de rechange.
- 5. Besoins spéciaux:** dans la mesure du possible, il faudra fournir des vêtements de rechange supplémentaires aux personnes souffrant d'incontinence, aux personnes séropositives ou ayant le sida et affectées par la diarrhée associée au VIH/sida, aux femmes enceintes et qui allaitent, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et aux autres personnes ayant

des difficultés à se déplacer. Les nourrissons et les enfants sont plus sujets que les adultes à la perte de chaleur du fait de leur rapport superficie corporelle/masse, et auront peut-être besoin de couvertures supplémentaires, etc. pour maintenir leur confort thermique. Du fait de leur manque de mobilité, les personnes âgées et les malades ou infirmes, y compris les personnes vivant avec le VIH/sida, demanderont peut-être aussi une attention particulière. On s'efforcera de leur fournir des matelas ou des lits surélevés.

Norme 2 relative aux articles non alimentaires: hygiène personnelle

Chaque ménage affecté par la catastrophe a accès à suffisamment de savon et d'autres articles lui permettant d'assurer son hygiène personnelle, sa santé, sa dignité et son bien-être.

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

- Chaque personne a accès à 250g de savon de toilette par mois (Cf. notes d'orientation 1-3).
- Chaque personne a accès à 200g de savon pour la lessive par mois (Cf. notes d'orientation 1-3).
- Les femmes et les filles ont des produits hygiéniques pour la menstruation (Cf. note d'orientation 4).
- Les nourrissons et les enfants de moins de deux ans ont 12 couches lavables, lorsque leur utilisation est pratique courante au sein de la population concernée.
- Il est possible d'accéder à des articles supplémentaires pour assurer l'hygiène, la dignité et le bien-être (Cf. note d'orientation 5).

Notes d'orientation

1. **Caractère approprié:** il faudra évaluer les pratiques culturelles existantes et les produits familiers au moment de spécifier les articles à fournir. On évitera de spécifier des produits qui ne seraient pas utilisés parce qu'ils ne sont pas familiers ou qui pourraient être utilisés incorrectement (par ex.

confondus avec des denrées alimentaires). Lorsqu'elle est appropriée sur le plan culturel ou préférée, on peut spécifier de la lessive en poudre au lieu de savon de lessive, ou bien encourager l'utilisation d'autres solutions appropriées, comme de la cendre ou du sable propre.

- 2. Remplacement:** il faudra veiller à ce que les produits de consommation soient remplacés lorsque c'est nécessaire.
- 3. Besoins spéciaux:** il faudra fournir des quantités supplémentaires de savon pour la toilette et pour la lessive, dans la mesure du possible, aux personnes ayant des problèmes d'incontinence, à celles vivant avec le VIH/sida et souffrant de la diarrhée associée, aux personnes âgées et handicapées, et aux autres personnes ayant du mal à se déplacer.
- 4. Produits d'hygiène féminine:** les femmes et les filles devront recevoir des articles adéquats pour la menstruation. Il est important que ces articles soient appropriés et discrets, et que les femmes prennent part à la prise de décisions concernant ce qui leur est fourni.
- 5. Produits supplémentaires:** les pratiques sociales et culturelles existantes peuvent exiger que la population ait accès à des articles supplémentaires pour son hygiène personnelle. Dans la limite des stocks disponibles, parmi ces articles, par personne et par mois, pourraient figurer: 75 ml/100 g de dentifrice, une brosse à dents, 250 ml de shampoing, 250 ml de lotion pour les nourrissons et les enfants de moins de deux ans, un rasoir jetable. Par ménage, on pourrait également fournir une brosse à cheveux et/ou un peigne, et un coupe-ongles.

Norme 3 relative aux articles non alimentaires: ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments

Chaque ménage affecté par la catastrophe a accès à des ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments.

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

- Chaque ménage a accès à une marmite de grande taille munie d'une poignée et à une poêle pouvant servir de couvercle, à une marmite de

taille moyenne munie d'une poignée et d'un couvercle, à un saladier pour préparer les aliments ou les servir, à un couteau de cuisine et à deux grandes cuillères en bois pour servir (Cf. note d'orientation 1).

- Chaque ménage a accès à deux récipients de 10 à 20 litres chacun pour la collecte de l'eau, dotés d'un couvercle ou d'un bouchon (jerrycan de 20 litres avec un bouchon à pas de vis ou seau de 10 litres muni d'un couvercle), ainsi qu'à des récipients supplémentaires pour l'emmagasiner de l'eau ou des aliments (Cf. notes d'orientation 1-2).
- Chaque personne a accès à une assiette, une cuillère en métal et une tasse ou un verre (Cf. notes d'orientation 1-4).

Notes d'orientation

- 1. Caractère approprié:** les articles fournis devront être culturellement appropriés et permettre l'observation de pratiques sûres. Les femmes ou les personnes qui supervisent en général la préparation des aliments et la collecte de l'eau devront être consultées au moment de spécifier les articles à fournir. Les ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments et les récipients pour la collecte de l'eau seront de taille appropriée pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les enfants, selon les besoins.
- 2. Produits en plastique:** tous les produits en plastique (seaux, bols, jerrycans, récipients d'entreposage de l'eau, etc.) seront en plastique de grade alimentaire (Cf. également norme 3 relative à l'approvisionnement en eau, note d'orientation 1, page 80).
- 3. Produits métalliques:** tous les couverts, les bols, les assiettes et les tasses seront en acier inoxydable ou autre métal non ferreux.
- 4. Alimentation des nourrissons:** on ne fournira pas de biberons pour nourrir les bébés, sauf si des circonstances exceptionnelles requièrent l'utilisation de substituts de lait maternel (Cf. norme 2 relative au soutien nutritionnel général, note d'orientation 1, page 168).

Norme 4 relative aux articles non alimentaires: fourneaux, combustible et éclairage

Chaque ménage affecté par la catastrophe a accès à des installations communes pour la cuisine ou à un fourneau et à une réserve accessible de combustible pour les besoins de la cuisson des aliments et pour assurer son confort thermique. Chaque ménage dispose également des moyens nécessaires pour bénéficier d'un éclairage artificiel durable et assurer ainsi sa sécurité personnelle.

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

- Lorsque les aliments sont cuits par les ménages eux-mêmes, chaque ménage dispose d'un fourneau et de combustible pour satisfaire ses besoins essentiels en ce qui concerne la cuisson des aliments et le chauffage (Cf. notes d'orientation 1-2).
- On identifie des sources de combustible durables sur les plans environnemental et économique, et on leur donne la priorité par rapport au combustible émanant de sources externes (Cf. note d'orientation 3).
- Le combustible est obtenu de manière sûre et sans risques, et on ne signale aucune atteinte à la sécurité des personnes parties à la recherche de combustible (Cf. note d'orientation 4).
- Un espace sûr pour l'entreposage du combustible est disponible.
- Chaque ménage a accès à des moyens durables pour bénéficier d'un éclairage artificiel, par exemple des lanternes ou des bougies.
- Chaque ménage a accès à des allumettes ou à un autre moyen approprié d'allumer le combustible ou les bougies, etc.

Notes d'orientation

- 1. Fourneaux:** les pratiques locales existantes seront prises en compte au moment de spécifier les solutions relatives aux fourneaux et au combustible utilisés. Il faudra promouvoir les pratiques de cuisson des aliments permettant d'économiser l'énergie, y compris la préparation du bois de chauffe, la gestion du feu, la préparation des aliments, la cuisine partagée, etc. Ceci pourrait supposer des changements possibles des types d'aliment à préparer, comme les rations éventuelles fournies par les programmes d'assistance alimentaire – par exemple, les légumineuses requièrent un temps de cuisson plus long, et donc une quantité de combustible considérable. Lorsque des populations déplacées sont hébergées dans des abris collectifs, il est préférable de fournir des installations communes ou centralisées de cuisine et de chauffage, plutôt que de donner un fourneau à chaque ménage, car ceci permet de réduire au minimum les risques d'incendie et la pollution intérieure par la fumée.
- 2. Ventilation:** s'ils sont utilisés dans un lieu fermé, les fourneaux seront équipés de tuyaux pour évacuer les gaz d'échappement ou la fumée vers l'extérieur de manière sûre. Autrement, on se servira du positionnement des fourneaux et des ouvertures de l'abri les moins exposées aux intempéries pour assurer une ventilation adéquate et limiter le risque de pollution intérieure et de problèmes respiratoires. Les fourneaux seront conçus de manière à réduire au minimum le risque d'incendie et de pollution à l'intérieur et à l'extérieur.
- 3. Sources durables de combustible:** les sources de combustible seront gérées, et des mesures seront prises pour rétablir et régénérer les ressources afin d'assurer la durabilité de l'approvisionnement.
- 4. Collecte du combustible:** on devra consulter les femmes sur les sites et sur les moyens de collecte du combustible destiné à la cuisine et au chauffage afin d'aborder les questions de sécurité personnelle. Il faudra tenter d'atténuer la pression exercée par la collecte de combustible sur les groupes tout particulièrement vulnérables, comme les ménages ayant à leur tête une femme, ou bien ceux qui comptent en leur sein une PVVS. On prendra des dispositions spéciales dans la mesure du possible, par exemple le choix de combustibles nécessitant moins de main-d'œuvre,

l'utilisation de fourneaux économiques et des sources accessibles de combustible.

Norme 5 relative aux articles non alimentaires: outils et équipement

Chaque ménage affecté par la catastrophe et chargé de la construction ou de l'entretien et de l'utilisation sûre de son abri a accès aux outils et à l'équipement nécessaires.

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

- Chaque ménage chargé de construire une partie ou la totalité de son abri ou d'assurer les travaux d'entretien essentiels a accès à des outils et à un équipement lui permettant de s'acquitter de chaque tâche en toute sécurité (Cf. notes d'orientation 1-2).
- On dispense une formation ou des conseils concernant l'utilisation des outils et la construction ou les tâches d'entretien de l'abri, selon les besoins (Cf. note d'orientation 3).
- On fournit du matériel conçu pour réduire la propagation des maladies à vecteur, comme des moustiquaires imprégnées d'insecticide, pour protéger tous les membres du ménage (Cf. normes 1-3 relatives à la lutte antivectorielle, pages 91-97).

Notes d'orientation

- 1. Trousses à outils typiques:** selon les pratiques locales, une trousse à outils typique pourra inclure un marteau ou un maillet, une hache ou une machette, et une pelle ou une bêche. Ces outils présenteront des caractéristiques facilitant leur réparation au niveau local grâce aux technologies disponibles. Les communautés déplacées auront également accès à suffisamment d'outils pour creuser des canaux de drainage pour les eaux de surface, ainsi que pour conduire les funérailles de leurs défunts

de la manière appropriée, c'est-à-dire pour construire des cercueils, creuser des tombes et des fosses ou préparer des bûchers funéraires.

2. Activités liées aux moyens de subsistance: dans la mesure du possible, les outils fournis seront également appropriés pour les activités visant à soutenir les moyens de subsistance.

3. Assistance technique: les ménages ayant à leur tête des femmes et d'autres groupes vulnérables identifiés auront peut-être besoin d'une assistance de la part de membres de la famille étendue, de voisins ou d'une main-d'œuvre engagée par contrat pour entreprendre la construction désignée ou les tâches d'entretien.

Annexe 1

Liste de contrôle de l'évaluation initiale des besoins en matière d'abris, d'établissements et d'articles non alimentaires

Cette liste de questions se veut un guide et une liste de contrôle permettant de recueillir les informations appropriées qui devraient influencer sur l'intervention post-catastrophe dans le secteur des abris. Les questions énoncées ici ne sont pas obligatoires, et elles seront utilisées et adaptées selon les besoins. On suppose que les informations relatives aux causes sous-jacentes de la catastrophe, à la situation en matière de sécurité, aux données démographiques de base de la population déplacée et de la population d'accueil éventuelle, et aux personnes clés à consulter et contacter, seront obtenues séparément (Cf. norme relative à l'évaluation initiale, page 34).

1. Abris et établissements

Données démographiques

- Combien y a-t-il de personnes dans un ménage typique ?
- La communauté affectée englobe-t-elle des groupes d'individus qui ne forment pas des ménages typiques, comme les enfants non accompagnés, ou certains groupes minoritaires au sein desquels la taille des ménages n'est pas typique ?
- Combien y a-t-il de ménages sans abri ou avec un abri inadéquat et où se trouvent-ils ?
- Combien y a-t-il de personnes qui ne sont pas des membres de ménages et qui n'ont pas d'abri ou ont un abri inadéquat, et où se trouvent-elles ?

Risques

- Quel est le risque immédiat que fait peser sur la vie le manque d'abri et les abris inadéquats, et combien de personnes sont-elles soumises à ce risque ?
- Quels sont les risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité de la population affectée qui sont liés au besoin d'abris ?
- Quels sont les risques potentiels liés à la présence de ménages déplacés pour les populations d'accueil, et quel est l'impact de leur présence sur elles ?
- Quels sont les autres risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité de la population affectée suite aux effets que continue d'avoir la catastrophe sur la fourniture d'abris ?
- Quels sont les groupes vulnérables au sein de la population, en prenant également en compte les personnes affectées par le VIH/sida ?
- Quels sont les risques particuliers que courent les personnes vulnérables et pourquoi ?

Activités des ménages

- Quelles sont les activités des ménages et les activités de soutien des moyens de subsistance qui ont typiquement lieu au sein des abris de la population affectée, et dans quelle mesure la fourniture et la conception de l'espace fourni reflètent-elles ces activités ?
- Quelles sont les activités des ménages et les activités de soutien aux moyens de subsistance qui ont normalement lieu dans les zones extérieures entourant les abris de la population affectée, et dans quelle mesure la fourniture et la conception de l'espace fourni reflètent-elles ces activités ?

Matériaux et conception

- Quels sont les solutions initiales au problème des abris ou les matériaux qui ont été fournis jusqu'ici aux ménages affectés ou aux autres acteurs ?
- Quels matériaux existants peuvent être récupérés du site endommagé (s'il y a lieu) pour être réutilisés dans la reconstruction d'abris ?
- Quelles sont les pratiques normales des populations déplacée et d'accueil dans le domaine de la construction, et quels sont les différents matériaux utilisés pour construire la charpente structurelle et le toit, ainsi que les murs extérieurs des abris ?
- Quelles sont les autres solutions quant à la conception ou aux matériaux qui sont potentiellement disponibles et familières ou acceptables pour la population affectée ?
- Comment les solutions d'abri potentielles identifiées peuvent-elles accommoder les préoccupations appropriées relatives à la prévention et à l'atténuation des effets de catastrophes, isolées ou multiples ?
- En temps normal, comment les abris sont-ils construits, et par qui ?
- Comment obtient-on normalement les matériaux de construction, et qui se les procure ?
- Comment les femmes, les jeunes et les personnes âgées peuvent-ils recevoir une formation ou une assistance pour qu'ils puissent participer à la construction de leurs propres abris, et quelles sont les entraves ?

Ressources et contraintes locales

- Quelles sont les ressources actuelles matérielles, financières et humaines des ménages et de la communauté affectés, et quelles sont les entraves à certains ou à la totalité de leurs besoins urgents en matière d'abri ?

- Quelles sont les possibilités et les contraintes des modèles actuels de propriété et d'utilisation des terres ? Quelle est la part de terres disponibles pour contribuer à satisfaire les besoins urgents d'abri ?
- Quelles sont les possibilités et les contraintes concernant l'hébergement par la population d'accueil de ménages déplacés dans leur propre habitation ou sur des terres adjacentes ?
- Quelles sont les possibilités et les contraintes de l'utilisation de bâtiments ou structures existants, disponibles et non affectés pour fournir un hébergement temporaire aux ménages déplacés ?
- L'utilisation de terres inoccupées accessibles pour y installer des sites temporaires est-elle adaptée sur les plans topographique et environnemental ?
- Quelles sont les exigences et les contraintes des règlements établis par les autorités gouvernementales locales en ce qui concerne le développement de solutions d'abri ?

Services et installations essentiels

- Quelle est la disponibilité actuelle d'eau pour la boisson et l'hygiène personnelle, et quelles sont les possibilités et les contraintes en ce qui concerne la satisfaction des besoins prévus en matière d'assainissement ?
- Quelle est la disponibilité actuelle d'installations sociales (dispensaires médicosociaux, écoles, lieux de culte, etc.) et quelles sont les contraintes et les possibilités concernant l'accès à ces installations ?

Impact sur la communauté d'accueil et sur l'environnement

- Quels sont les sujets de préoccupation pour la communauté d'accueil ?
- Quelles sont les questions relatives à l'organisation et à la planification que soulève l'hébergement des ménages déplacés au sein de la communauté d'accueil ou d'établissements temporaires ?
- Quelles sont les préoccupations environnementales concernant la prestation nécessaire d'assistance en matière d'abri (matériaux de

construction et accès) et le soutien apporté aux ménages déplacés (combustible, assainissement, enlèvement des déchets, pâture pour les animaux si c'est approprié) ?

- Quelles sont les possibilités actuelles pour la fourniture locale d'abris et d'établissements et les capacités locales de gestion ?
- Quelles occasions de soutien des moyens de subsistance peut-on apporter dans le cadre de la recherche de matériaux et de la construction de solutions d'abri et d'établissement ?

2. Articles non alimentaires: vêtements, literie et articles ménagers

Vêtements et literie

- Quels sont les vêtements, les couvertures et les articles de literie normalement fournis aux femmes, aux hommes, aux enfants et aux nourrissons, aux femmes enceintes et qui allaitent et aux personnes âgées, et quels sont les aspects sociaux et culturels particuliers à prendre en compte ?
- Combien de femmes et d'hommes de tous âges, d'enfants et de nourrissons ont des vêtements, des couvertures ou des articles de literie inadéquats ou en quantité insuffisante pour les protéger des rigueurs du climat et pour leur permettre de maintenir leur santé, leur dignité et leur bien-être, et pourquoi ?
- Quel est le risque immédiat que fait peser sur la vie le manque de vêtements, de couvertures ou d'articles de literie adéquats, et combien de personnes sont-elles soumises à ce risque ?
- Quels sont les risques potentiels pour la vie, la santé et la sécurité personnelle de la population affectée qui sont liés au besoin de vêtements, de couvertures ou d'articles de literie adéquats ?
- Quels sont les groupes sociaux qui courent le plus grand risque, et pourquoi ? Comment peut-on apporter un soutien optimal à ces groupes pour leur permettre de se donner eux-mêmes les moyens de pourvoir à leurs besoins ?

Hygiène personnelle

- À quels articles essentiels pour satisfaire les besoins d'hygiène personnelle un ménage typique avait-il accès avant la catastrophe ?
- Quels sont les articles essentiels auxquels les ménages affectés n'ont plus accès ?
- Quels sont les besoins particuliers des femmes, des filles, des enfants en bas âge et des nourrissons ?
- Quels sont les autres articles considérés comme socialement ou culturellement importants pour maintenir la santé et la dignité des personnes affectées ?

Préparation et consommation des aliments, fourneaux et combustible

- À quels ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments un ménage typique avait-il accès avant la catastrophe ?
- Combien y a-t-il de ménages qui n'ont pas accès à suffisamment d'ustensiles pour la préparation et la consommation des aliments, et pourquoi ?
- Quel était le type de fourneau utilisé par un ménage typique pour la cuisine et le chauffage, où se faisait la cuisine par rapport à l'abri existant et la zone avoisinante, et quel était le combustible normalement utilisé ?
- Combien y a-t-il de ménages qui n'ont pas accès à un fourneau pour la cuisine et le chauffage, et pourquoi ?
- Combien y a-t-il de ménages qui n'ont pas accès à des réserves adéquates de combustible pour la cuisine et le chauffage, et pourquoi ?
- Quelles sont les possibilités et les contraintes, en particulier les préoccupations environnementales, concernant les efforts en vue de se procurer des quantités adéquates de combustible pour les ménages déplacés et la communauté d'accueil, selon ce qui est approprié ?

- Quel est l'incidence des efforts en vue de se procurer des quantités adéquates de combustible sur les femmes de la communauté déplacée ?
- Quelles sont les considérations qui devront être prises en compte quant à l'utilisation coutumière et culturelle et aux pratiques sûres ?

Outils et équipement

- Quels sont les outils de base pour construire, entretenir ou réparer un abri auxquels les ménages ont accès ?
- Quelles sont les activités de soutien des moyens de subsistance qui peuvent aussi utiliser les outils de base pour la construction, l'entretien et la réparation des abris ?
- Le climat ou l'environnement naturel exigent-ils un revêtement de sol pour maintenir un niveau approprié de santé et de dignité, et quelles sont les solutions matérielles appropriées qui peuvent être apportées ?
- Quelles sont les mesures à prendre en matière de lutte antivectorielle, en particulier la fourniture de moustiquaires, afin d'assurer la santé et le bien-être des ménages ?

Annexe 2

Références

NB: Les titres “officiels” des documents sont indiqués dans la mesure du possible, mais dans les cas où il n’existe pas de version officielle ou lorsqu’elle nous est inconnue, la traduction française des titres des documents, rapports ou publications est ajoutée entre parenthèses à titre indicatif.

Grâce au programme Forced Migration Online (Migration forcée en ligne) du Refugee Studies Centre (Centre des études sur les réfugiés) de l’université d’Oxford, bon nombre de ces documents ont reçu l’autorisation de reproduction et sont disponibles sur un lien spécial du projet Sphère sur le site Web: <http://www.forcedmigration.org>

Instruments juridiques internationaux

Le droit à un logement adéquat (article 11 (1) du Pacte international sur les droits économiques, sociaux et culturels), Commentaire général 4 du CDESC, 12 décembre 1991. Comité des droits économiques, sociaux et culturels.

Convention sur l’élimination de toutes les formes de discrimination à l’égard des femmes (1981) ; article 14(2)(h).

Convention relative aux droits de l’enfant (1990) ; article 27(3).

Convention internationale sur l’élimination de toutes les formes de discrimination raciale (1969), article 5(e)(iii).

Convention internationale relative au statut des réfugiés (1951), article 21.

Déclaration universelle des droits de l’homme (1948), article 25.

Général

Chalinder, A (1998), *Good Practice Review 6: Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies* (Revue des bonnes pratiques 6: planification des établissements humains temporaires pour les populations déplacées dans les situations d'urgence). Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. Londres.

Davis, I (1978), *Shelter After Disaster* (Abris après une catastrophe). Oxford Polytechnic Press.

Davis, J et Lambert, R (1995), *Engineering in Emergencies: A Practical Guide for Relief Workers* (Ingénierie dans les situations d'urgence: guide pratique à l'attention des travailleurs humanitaires). RedR/IT Publications. Londres.

Hamdi, N (1995), *Housing Without Houses: Participation, Flexibility, Enablement* (Logement sans maisons: participation, souplesse, transfert de moyens). IT Publications, Londres.

CICR (2002), *Emergency Items Catalogue* (Catalogue des articles d'urgence). CICR. Genève.

Kelly, C (2002), *Guidelines in Rapid Environmental Impact Assessment in Disasters* (Lignes directrices pour l'évaluation rapide de l'impact environnemental dans les situations de catastrophe). Benfield Hazard Research Centre. University College Londres.

MSF (1997), *Guide of Kits and Emergency Items. Decision-Maker Guide. Fourth English Edition* (Guide des kits et des articles d'urgence: guide pour les décideurs. Quatrième édition anglaise) Médecins Sans Frontières. Belgique.

Shelterproject.org (2004), *Guidelines for the Transitional Settlement of Displaced Populations* (Lignes directrices pour l'établissement de transition des populations déplacées). Cambridge.

PNUD (1995), *Emergency Relief Items, Compendium of Generic Specifications. Vol 1: Telecommunications, Shelter and Housing, Water Supply, Food, Sanitation and Hygiene, Materials Handling, Power*

Supply (Articles de secours d'urgence, compendium de spécifications génériques. Vol. 1: télécommunications, abris et logement, approvisionnement en eau, alimentation, assainissement et hygiène, manutention du matériel, alimentation électrique. Inter-Agency Procurement Services Office (Bureau inter-agences de services d'achat), PNUD. Copenhague.

UNDRO (Bureau des Nations-Unies pour les secours en cas de catastrophe) (1982), *Shelter After Disaster: Guidelines for Assistance (Abris après une catastrophe: lignes directrices pour l'assistance)*. UNDRO. Genève.

HCR (1996), *Environmental Guidelines (Lignes directrices relatives à l'environnement)*. HCR. Genève.

HCR (2002), *Environmental Considerations in the Life Cycle of Refugee Camps (Considérations environnementales du cycle de vie des camps de réfugiés)*. HCR. Genève.

HCR (1993), *First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees (Premier atelier international sur l'amélioration des interventions en matière d'abris et de l'environnement pour les réfugiés)*. HCR. Genève.

HCR (1991), *Guidelines on the Protection of Refugee Women (Lignes directrices sur la protection des femmes réfugiées)*. Genève.

HCR (1999), *Handbook for Emergencies (Manuel pour les situations d'urgence)*. HCR. Genève.

HCR (2001), *Policy for Older Refugees: A Resource for the Refugee Community (Politique générale pour les réfugiés âgés: ressource pour la communauté d'aide aux réfugiés)*. HCR. Genève.

HCR (1998), *Refugee Operations and Environmental Management: Key Principles of Decision-Making (Opérations relatives aux réfugiés et gestion environnementale: principes clés de la prise de décisions)*. HCR. Genève.

HCR (1995), *Sexual Violence Against Refugees (Violence sexuelle contre les réfugiés)*. HCR. Genève.

USAID (1994), *Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response (Guide des opérations sur le terrain pour l'évaluation des catastrophes et les interventions associées)*. Office of Foreign Disaster Assistance (Bureau d'assistance en cas de catastrophe à l'étranger), USAID.

Zetter, R (1995), *Shelter Provision and Settlement Policies for Refugees: A State of the Art Review. Studies on Emergency and Disaster Relief No. 2 (Fourniture d'abris et politiques générales en matière d'établissement pour les réfugiés: une revue de ce qui se fait de mieux. Études sur les secours en situations d'urgence et de catastrophe n°2)*. Noriska Afrikainstitutet. Suède.

Zetter, R, Hamdi, N et Ferretti, S (2003), *From Roofs to Reintegration (Des toits à la réintégration)*. Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC) (Agence suisse pour le développement et la coopération). Genève.

Notes

*Normes minimales dans les secteurs des abris, des
établissements humains et des articles non alimentaires*

Notes

Abris

Notes