

5 Sélection et aménagement des sites

La présente partie s'applique au troisième scénario décrit au début du chapitre, à savoir lorsque le seul moyen de fournir des abris à une population déplacée consiste à aménager un site d'installation provisoire.

Un site d'installation provisoire bien situé et bien aménagé offre aux bénéficiaires de l'assistance, un environnement sain dans lequel ils peuvent vivre dignement et en paix, et où ils peuvent mener une vie familiale aussi stable que possible. Le respect des normes minimales en matière de sélection et d'aménagement de site doit permettre d'offrir les meilleures conditions de vie possibles, compte tenu des circonstances, en infligeant le minimum de dommages à l'environnement.

Les normes de sélection et d'aménagement de site sont structurées pour cadrer avec le processus d'évaluation et les mesures à prendre par la suite pour déterminer le type de zone d'installation répondant le mieux aux besoins de la population déplacée. Le site est choisi parmi quatre types d'installations provisoires (centres d'accueil ou de transit, camps spontanés, installations temporaires planifiées et extensions d'installations temporaires). Une fois que l'option de choix est sélectionnée, les informations tirées de l'évaluation initiale permettent de décider si cet objectif peut être atteint et, si ce n'est pas le cas, quelles sont les compromis à faire.

Norme 1 sur le site : sélection

Le site est adapté au nombre de personnes qu'il est destiné à accueillir.

Indicateurs clés

Ces indicateurs se combinent en un processus que les notes de référence expliquent plus en détail.

- La taille adéquate de la population et d'un centre d'hébergement temporaire est définie, d'une part, en fonction du profil socio-économique des personnes déplacées et de la population d'accueil et, d'autre part, des ressources potentielles de la région et du site.
- Le type d'installation provisoire le plus approprié est déterminé, à savoir : centre de réception ou centre de transit ; camp spontané ; installation provisoire aménagée ou extension d'une installation provisoire.
- La forme que le site d'installation doit prendre est déterminée par ce qui suit.
 - Les informations tirées de l'évaluation initiale sur l'environnement.
 - Les menaces — réelles ou potentielles — qui pèsent sur la sécurité de la population affectée. C'est particulièrement important dans le cas de populations réfugiées et toujours crucial pour les femmes célibataires, les veuves et les adolescentes non accompagnées.
 - La "durée de vie" maximale prévue pour le site d'installation.
 - La densité optimale de la population dans le site d'installation.
 - Le degré d'intégration de la population déplacée au sein de la population d'accueil.
- Les impératifs propres au type d'installation choisi sont pesés par rapport aux contraintes physiques de chaque site. Le lieu répond aux exigences ci-après, quelles que soient les variations dues aux saisons.
 - Il est situé à une distance sûre de menaces extérieures potentielles (généralement, pas à moins de 50 km de ces dangers).
 - Il est accessible par gros camion sur route carrossable toute l'année. Lorsqu'il faut construire une route, le type de sol et le terrain doivent s'y prêter. Les installations collectives sont accessibles par petit véhicule.
 - Le cas échéant, le site est à proximité de centres sociaux et économiques existants.
 - L'eau est disponible en quantité suffisante (pour être consommée,

faire cuire les aliments, assurer l'hygiène et l'assainissement).

- Le site n'est pas situé à moins de 3 mètres au-dessus du niveau que la nappe phréatique risque d'atteindre pendant la saison des pluies.
- Les droits d'accès à l'eau, de même que les droits d'utilisation d'autres ressources naturelles (bois, pierres, sable, etc.) sont précisés avant, ou durant, la sélection du site.
- Le régime foncier est défini avant l'occupation d'un terrain et les droits d'utilisation négociés, si besoin est.
- Le type de terrain est assez meuble pour pouvoir être creusé et permettre à l'eau de s'infiltrer.
- Herbes, arbustes et arbres sont en nombre suffisant pour offrir de l'ombre et éviter l'érosion du sol.
- Il y a suffisamment de ressources renouvelables pour le bois de chauffe et les matériaux de construction.
- Il existe un terrain suffisant et approprié permettant d'y pratiquer agriculture et élevage, au degré d'intensité requis. L'impact de ces activités est compris et les modalités d'aménagement du territoire sont négociées, en fonction des besoins.
- Le site n'est propice ni aux maladies endémiques susceptibles de frapper les personnes ou le bétail qui s'y trouvent, ni à l'accumulation de nappes d'eau ou aux inondations. Il n'est pas situé sur des zones sujettes à éboulement de terrain et ne se trouve pas à proximité d'un volcan actif.

Notes de référence

Les notes ci-après se combinent en une démarche qui permet de définir les conditions que doit remplir une zone d'installation et d'analyser les caractéristiques qui doivent être nécessairement celles de ce site.

1. **Définir le type d'installation** : les bilans fournissent des informations qui orientent la sélection du type de site d'installation (expliquée sous ce point) ainsi que la forme que prendra celui-ci (point 2). Il existe quatre types principaux d'installations provisoires :
 - a) **Les centres de réception ou les centres de transit**, les personnes déplacées ou les réfugiés y séjournent pendant de courtes périodes. Ces centres doivent être considérés comme des camps planifiés à l'avance (voir alinéa c. ci-dessous) lorsque : (1) ils sont de grande ampleur, contenant plus de 2.000 personnes, ou (2)

appelés à rester ouverts pendant une longue période. Il faudra gérer avec soin les ressources de l'environnement pour veiller, d'une part, à ce que les personnes déplacées comme les populations locales aient assez d'eau, de combustible et de matériaux de construction et, d'autre part, qu'il n'y ait d'impact négatif ni sur l'économie, ni sur l'environnement local. Lorsqu'un camp de transit accueille un grand nombre de groupes pour des intervalles de temps court mais sur une longue période de temps, l'impact social et économique sur la population locale sera similaire à celui d'une installation planifiée.

- b) **Les camps où les personnes se sont installées spontanément**, mais qui ont besoin d'être partiellement transférées et/ou de bénéficier d'infrastructures et de ressources naturelles durables.
 - c) **Les installations temporaires planifiées à l'avance**, construites et mises en service par des spécialistes avant l'arrivée des bénéficiaires de l'assistance (transférés, par exemple, des centres de réception ou des centres de transit).
 - d) **Les extensions de zones d'installation temporaires**, rendues nécessaires par l'afflux de nouveaux arrivants (transférés, par exemple, des centres de réception ou des centres de transit).
2. **Choix du type d'installation** : une fois défini le type de site d'accueil correspondant le mieux à la situation, l'étape suivante consiste à déterminer la forme que devra prendre celui-ci. Outre les informations obtenues dans le cadre de l'évaluation socio-économique initiale, il faudra tenir compte des points suivants :
 - a) **La sécurité de la population déplacée**, en établissant s'il existe ou non des menaces émanant des membres de la population déplacée, de la population d'accueil ou d'autres groupes.
 - b) **La durée de vie maximale envisagée pour le site d'installation.**
 - c) **Les modalités d'interaction avec la population, l'économie et l'environnement local.**
 3. **Évaluation des conditions physiques du site** : une fois définis le type et la forme de site d'installation qui correspondent le mieux à la situation, les informations obtenues dans le cadre du premier bilan d'environnement doivent être utilisées pour décider si l'option jugée optimale peut être réalisée ou, si ce n'est pas le cas, pour déterminer les compromis à faire. Des conseils de spécialistes peuvent être requis à ce stade. Le bilan des conditions physiques du site devra définir les éléments ci-après :

a) Accès

- Proximité et état de l'infrastructure routière locale.
- Proximité des infrastructures locales et étude de l'impact éventuel (positif ou négatif) de l'installation d'un site d'accueil.
- Proximité des pistes d'atterrissage, têtes de lignes ferroviaires ou ports.
- Limitations d'accès saisonnières et vulnérabilité de l'accès.

b) Topographie

- Topographie et déclivité du site doivent se prêter, à la fois, à une bonne évacuation des eaux et à l'accueil de la population attendue. Le taux de déclivité maximal du site dépend des conditions du sol, de la végétation, des mesures susceptibles d'être prises pour assurer drainage et contrôle de l'érosion, qu'il faut envisager dans le but de prévenir inondations et éboulements de terrain. Le taux de pente idéal se situe entre 2 et 4 %.
- Risques naturels, dont séismes, activité volcanique, glissements de terrain ou inondations graves.
- Perméabilité du sol. A titre indicatif, les roches fissurées facilitent grandement l'éparpillement des déchets de latrines ; la roche volcanique complique la construction de toilettes extérieures. (Voir Approvisionnement en eau et assainissement, élimination des excréta, au chapitre 1).
- Conditions micro-climatiques.

c) Eau (voir Approvisionnement en eau et assainissement, au chapitre 1)

- Disponibilité de l'eau, en quantité suffisante, à une distance convenable et tout au long de l'année, tant pour les personnes déplacées que pour la communauté d'accueil, l'agriculture et le bétail.
- Installation des animaux à distance des points d'eau.
- Recherche d'autres sources d'eau, pour que l'approvisionnement en eau soit plus sûr.
- Hauteur de la nappe phréatique, risques de pollution dus à l'assainissement, aux inondations et aux variations saisonnières.

d) Espace

- Quantité suffisante ou non d'espace à disposition par rapport à la densité de population prévue et répartition de cette population entre le nombre requis de sites d'installation.
- Quantité suffisante ou non d'espace à disposition pour l'extension de la(des) zone(s) d'installation, si la population devait augmenter.
- Utilisation du sol en cours et impact du site sur les terres avoisinantes.
- Ampleur et modes d'agriculture et d'élevage de bétail acceptables pouvant être pratiqués.

e) Environnement

- Températures, vents et précipitations prévus et leur influence sur l'aménagement des sites, l'agriculture et l'élevage du bétail.
- Existence, à proximité du site, de zones vulnérables ou particulièrement importantes sur le plan de l'écologie.
- Disponibilité de quantités suffisantes de bois pour le feu et pour la construction, tant pour la population déplacée que pour la population d'accueil.
- Type et quantité de couvert végétal, du point de vue de son influence sur les conditions microclimatiques, les vents et l'érosion du sol.
- Présence de maladies endémiques et d'animaux nuisibles, risques de maladie. (Voir, norme 3, lutte contre les maladies transmissibles, au chapitre 5 ; Approvisionnement en eau et assainissement, norme 4, lutte antivectorielle, au chapitre 1).

Tout au long de ce processus, il est essentiel que la sélection des sites soit dictée en priorité par les besoins de la(des) population(s) affectée(s), et non par des considérations purement techniques ou liées à la mise en place de mécanismes d'assistance.

- Pour une autre méthode de sélection des sites, axée sur des critères techniques** : voir le diagramme de sélection des sites dans l'ouvrage de Davis et Lambert (1995).

5. **Impacts négatifs réduits le plus possible** : lorsqu'une population déplacée s'installe à proximité d'une communauté d'accueil plus large, elle est en mesure d'avoir accès aux infrastructures disponibles et à diverses possibilités de subvenir à ses besoins. Mais cette nouvelle population est aussi susceptible de dépasser, en nombre, la communauté qui la reçoit. Ceci peut exercer une pression sur l'infrastructure, l'économie et l'environnement local et susciter de l'animosité entre les deux communautés. Il est donc crucial de sélectionner et d'aménager le site avec soin pour déterminer le degré d'efficacité du programme d'assistance humanitaire dans son ensemble et les problèmes de sécurité qui pourraient viser les femmes, les hommes et les enfants des populations affectées
6. **Voir également** : norme 1 d'analyse, bilan.

Norme 2 sur le site : aménagement

L'aménagement du site permet à chaque foyer de disposer de suffisamment d'espace et assure à chacun le plus possible de sécurité et de bien-être. Il permet de fournir des services avec efficacité et efficacité et facilite l'accès aux différentes parties du site.

Indicateurs clés

- Le site offre un espace de 45 m² à chaque personne. Ce chiffre englobe les infrastructures (par exemple : routes, installations d'assainissement, écoles, bureaux, systèmes d'approvisionnement en eau, sécurité et coupe-feu, marchés, entrepôts, abris), mais il exclut les terres consacrées à l'agriculture (cultures et élevage).
- Des groupes de zones habitables, ou des unités villageoises, sont créés.
- Le terrain non utilisé est recensé en vue d'une éventuelle expansion du site.
- Il existe des lieux de rassemblement publics (marchés, lieux de culte, cimetières) et diverses installations (centres médico-sanitaires, système d'évacuation des déchets solides, points d'eau, lieux communautaires, centres nutritionnels, ateliers) ainsi que des espaces boisés et des aires de loisirs.
- Les locaux nécessaires aux agences humanitaires (bureaux administratifs, entrepôts et logements du personnel) sont prévus.
- Des coupe-feu, de dimensions adéquates, sont prévus au moins comme suit : 2 mètres d'écartement entre les habitations, 6 mètres entre groupes de logement et 15 mètres entre séries de groupes de logements.

- Chaque groupe de population dispose de son cimetière et chaque lieu de sépulture est convenablement situé.
- Des lazarets sont créés, ou des sites sont choisis et préparés pour accueillir les malades mis en quarantaine ; ces lieux sont situés à l'écart des zones générales d'habitation, de manière à enrayer au maximum la propagation des épidémies.
- Le taux de déclivité du site n'est pas supérieur à 7 %, à moins que l'on ne prenne d'amples mesures aux fins d'évacuation des eaux et de contrôle de l'érosion.

Note de référence

1. **Facteurs sociaux** : dans toute la mesure du possible, la structure sociale et les rôles attribués aux deux sexes, dans la population déplacée, sont pris en compte dans les modalités d'aménagement de la zone d'installation, ainsi que la nécessité de prévoir des aires de marché, des lieux de rencontre, zones de loisir, etc. Car ces installations sont essentielles pour faciliter la réinstallation des communautés déplacées. Les formes existantes de représentation sociale doivent aussi être encouragées étant donné l'importance de consulter les personnes déplacées, en particulier les femmes, et de les associer aux interventions de l'assistance humanitaire.

Norme 3 sur le site : sécurité

Le choix et l'aménagement du site assurent une liberté de mouvement et une sécurité suffisantes pour toute la population affectée par la catastrophe.

Indicateurs clés

- Le site est situé à une distance sûre des menaces externes éventuelles pesant sur la sécurité des personnes.
- L'aménagement du site est tel que les groupes à risque peuvent vivre en zone regroupée et sûre.
- Les services sociaux, médico-sanitaires et d'hygiène, ainsi que les autres installations essentielles, sont accessibles en toute sécurité et éclairés la nuit, si besoin est.
- L'aménagement d'habitats groupés est utilisé pour encourager la population déplacée à assurer elle-même sa sécurité.

- Globalement, la population vivant dans la zone d'installation n'excède pas un niveau au-delà duquel les mesures de sécurité (interne et externe) ou de protection perdraient leur efficacité.
- Les activités visant à assurer la sécurité (interne et externe) de la population, ainsi que sa protection, sont déployées par les autorités d'accueil et/ou l'agence compétente des Nations Unies.
- L'agence à laquelle est assignée la responsabilité de la coordination générale apporte son concours aux efforts visant à assurer la sécurité interne des groupes à risque.
- Des systèmes sont en place pour éviter les agressions à caractère sexuel ainsi que la violence à l'encontre des femmes et des mesures adoptées pour remédier aux conséquences de tels actes.
- Les femmes et les adolescentes savent que des services de santé sont disponibles pour les victimes de violence sexuelle.
- Des mesures raisonnables sont prises pour que le personnel des agences humanitaires ne soit pas exposé à des dangers. Dans les zones d'insécurité, un plan d'évacuation est établi conjointement par les agences.

Notes de référence

1. **La sécurité de l'ensemble de la population affectée par la catastrophe, ainsi que du personnel travaillant sur le terrain, revêt une importance cruciale.** Le soin apporté à l'aménagement des sites — en tenant compte à la fois des risques internes et externes — est particulièrement important lorsque l'on pourvoit aux besoins de populations réfugiées ou de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays qui se sentent menacées. Définir les besoins de sécurité de certains groupes, surtout de celui des femmes, viendra renforcer les mesures préventives prises par les autorités d'accueil et les agences des Nations Unies. Il ne faut pas que les femmes et d'autres groupes jugés exposés à des risques soient logés dans des zones isolées où il serait aisé de les cibler, aux fins d'agression ou de viol.
2. **Mesures de sécurité :** l'agence chargée de la coordination doit s'assurer que, de nuit, les zones "stratégiques" sont éclairées et que les foyers dirigés par une femme ou une adolescente sont logés en lieux sûrs et rapprochés, en prenant toutefois garde à ne pas créer de « ghettos ».

Il est important de travailler avec la population affectée pour mettre en place des mesures de sécurité, dont par exemple, des centres d'hébergement sûrs et des groupes de surveillance des quartiers. Au nombre des mesures visant à éviter les agressions sexuelles figurent : La planification des sites en consultation avec les femmes et les hommes des population affectées ; la garantie de la présence d'agents de protection, de personnel médical et d'interprètes femmes ; l'étude des questions liées à la violence sexuelle lors des réunions de coordination.

Norme 4 sur le site : prise en compte de l'environnement naturel

Le site est planifié et géré de manière à réduire, au maximum la dégradation de l'environnement.

Indicateurs clés

- L'aménagement des zones d'installation temporaire tient compte, à la fois, de la densité et de la dispersion de la population de la manière suivante :
 - Si le milieu naturel est fragile, la population déplacée est concentrée de façon à limiter toute pression induite sur l'environnement.
 - Si le milieu naturel est plus résistant, la population déplacée est répartie entre plusieurs petites zones d'installation qui sont moins susceptibles de dégrader l'environnement que les grandes concentrations de peuplement.
- Lors de l'aménagement des sites, les arbres et les autres types de végétation sont épargnés le plus possible. Les routes et les systèmes de drainage suivent, au mieux, la configuration naturelle du terrain, pour éviter érosion et inondations.

Notes de référence

1. **Espace nécessaire :** selon les principes directeurs du HCR en la matière (encore non publiés au moment de la rédaction du présent document), l'espace total nécessaire est de 45 m² par personne, ce qui

englobe un petit espace pour un jardin potager. Une condition optimale pour des personnes déplacées est de vivre dans un milieu de densité égale à celle de leur région ou pays d'origine, ou similaire à celle de la population d'accueil, selon le cas le plus approprié à la situation. L'aménagement du site doit tenir compte de l'évolution dynamique d'un camp, ainsi que de son développement. Du fait de la croissance démographique et des nouvelles arrivées, un camp peut voir sa population augmenter de 4,5 % par an, comme cela s'est produit par le passé. Le rapatriement ou la réintégration des personnes vivant dans la zone d'installation doivent également être planifiés.

2. **Zones coupe-feu** : il faut veiller à ce que les zones coupe-feu ne se transforment pas en « tunnel aérodynamique ». Les équipes de lutte anti-incendie doivent suivre un entraînement, être équipées comme il convient et faire des exercices pratiques régulièrement.
3. **Cimetières** : les lieux de sépulture et les fosses communes doivent être situés, au moins, à 30 mètres des sources d'eau potable souterraine (en sol meuble, et à plus grande distance dans les formations rocheuses fissurées), le fond de toute tombe se trouvant, au moins, à 1,5 mètre de la nappe phréatique. Les eaux de surface transitant par les lieux de sépulture ne doivent pas entrer dans la zone d'installation. Il y a lieu de prendre en compte les coutumes de la population locale et des personnes déplacées sur cette question.
4. **Consommation de bois de chauffe** : quelle que soit la surface allouée à chaque foyer (pour l'habitat et l'agriculture), s'il n'existe pas d'autres sources de combustible, la population aura toujours tendance à retourner dans les zones ouvertes à tous pour aller chercher du bois. Selon les estimations, 500 personnes doivent disposer d'un kilomètre carré de forêt encore non exploitée pour se procurer le bois correspondant à leur consommation annuelle (entre 600 et 900 kg par personne). En supposant, cependant, que seuls 20 % d'une forêt ne sont pas exploités, en général, 100 personnes seulement peuvent alors se procurer le bois nécessaire.

6 Capacité en matière de ressources humaines et formation

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

Norme 1 de capacité : compétence

Les programmes d'aménagement des abris et des sites sont exécutés par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requises pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

Indicateurs clés

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

- Les responsables, tant les techniciens que les gestionnaires, ont accès à des moyens pouvant leur permettre d'étayer les décisions prises et d'en vérifier le bien-fondé.
- Les effectifs chargés de l'aménagement de site sont formés et font l'objet d'une supervision régulière.
- Des consignes détaillées sont communiquées au personnel et aux volontaires participant à la collecte d'information et ces effectifs font l'objet d'une supervision régulière.
- Le personnel et les volontaires participant à des travaux de construction et à d'autres activités manuelles sont formés, supervisés et correctement équipés pour pouvoir effectuer leur travail de manière efficace et sans danger.

Norme 2 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et rehaussées par le biais des programmes d'aménagement des abris et des sites.

Indicateurs clés

- Les femmes et les hommes de la population affectée par une catastrophe sont associés à la planification, à la mise en oeuvre, au suivi et à l'évaluation des programmes d'aide alimentaire.
- Les effectifs comprennent l'importance de renforcer les capacités locales, aux fins d'en tirer des bénéfices à long terme.
- Les compétences des partenaires, des institutions et de la population de la localité sont mises à profit et renforcées pendant le déroulement du programme d'assistance humanitaire.

Notes de référence

1. **Voir** : ODI/People In Aid (1998). Code of Best Practice in the Management and Support of Aid Personnel (*Code sur les meilleurs usages dans la gestion et le soutien du personnel d'aide*).
2. **Effectifs** : le personnel et les volontaires doivent faire montre de compétences à la hauteur des tâches qui leur sont assignées. Ils doivent aussi connaître les éléments clés des conventions sur les

droits de la personne humaine, le droit humanitaire international ainsi que les *principes directeurs sur le déplacement des personnes à l'intérieur de leur pays* (voir la Charte humanitaire).

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

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

Appendice 1

Bibliographie choisie

Chalinder, A (1998), Good Practice Review 6 : Temporary Human Settlement Planning for Displaced Populations in Emergencies. (*Analyse 6 sur les bons usages : aménagement de zones d'installation temporaire au profit de personnes déplacées, en cas d'urgence*). Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. Londres.

Davis, J and Lambert, R (1995), Engineering in Emergencies : A Practical Guide for Relief Workers. (*Ingénierie en situation d'urgence : guide pratique à l'usage du personnel des agences humanitaires*). RedR/IT Publications. Londres.

Jendritzky, G, Kalkstein, L S, and Maunder W J (1996), Climate and Human Health. (*Climat et santé humaine*) (WMO-No. 843). Organisation météorologique mondiale. Genève.

LWF (1997), Environmental Guidelines for Programme Implementation. (*Principes directeurs de protection de l'environnement à respecter dans la mise en oeuvre des programmes*). Lutheran World Federation and Department of World Service. Genève.

MSF (1997), Guide of Kits and Emergency Items. Decision-maker guide. 4th English Edition. (*Guide de kits et d'articles utiles en cas d'urgence*). Médecins Sans Frontières. Belgique.

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

Telford, J (1997), Good Practice Review 5 : Counting and Identification of Beneficiary Populations : Registration and its Alternatives. (*Analyse 5 sur les bons usages : identification et décompte des populations bénéficiaires dans les opérations d'urgence : inscription et solutions de rechange*). Overseas Development Institute/Relief and Rehabilitation Network. Londres.

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 utiles en cas d'urgence, compendium de spécifications générales, vol. 1, télécommunications, abris et logement, approvisionnement en eau, denrées alimentaires, assainissement et hygiène, manipulation des matériaux et alimentation en électricité*). Inter-Agency Procurement Services Office, PNUD. Copenhague.

UNHCR (1997), Environmental Guidelines. Domestic Energy Needs in Refugee Situations. UNHCR. (*Principes directeurs pour la protection de l'environnement : besoins énergétiques nationaux en cas de situation créant des réfugiés*). Genève.

UNHCR (1993), First International Workshop on Improved Shelter Response and Environment for Refugees. (*Premier atelier international consacré à l'amélioration d'une intervention visant l'aménagement d'abris et à l'amélioration du cadre de vie pour les réfugiés*). HCR. Genève.

UNHCR (1991), Guidelines on the Protection of Refugee Women. (*Principes directeurs pour la protection des réfugiées*). HCR. Genève.

UNHCR (1982), Handbook for Emergencies. Part One : Field Operations. (*Manuel pour les cas d'urgence. Partie un : opérations sur le terrain*). HCR. Genève.

UNHCR, Handbook for Social Services. (*Manuel sur les services sociaux*). HCR. Genève.

UNHCR (1996), Partnership : A Programme Management Handbook for UNHCR Partners. (*Manuel sur la gestion de programmes à l'intention des partenaires du HCR*). Genève.

UNHCR (1994), People-Oriented Planning at Work : Using POP to Improve UNHCR Programming. (*A l'oeuvre : la programmation axée sur les personnes, un outil pour améliorer les interventions du HCR*). HCR. Genève.

UNHCR, Planning Rural Settlements for Refugees. (*Aménagement de zones d'installation en milieu rural pour les réfugiés*). HCR. Genève.

UNHCR (1998), Refugee Operations and Environmental Management : Key Principles of Decision-Making. (*Opérations en faveur des réfugiés et gestion de l'environnement : principes essentiels de décision*). HCR. Genève.

UNHCR (1995), Sexual Violence Against Refugees. (*Agressions sexuelles contre des réfugiés*). HCR. Genève.

UNHCR (1994), Shelter and Infrastructure - Camp Planning. Programme and Technical Support Section, UNHCR. (*Abris et infrastructure – planification des camps. Division des programmes et du soutien technique. HCR*). Genève.

USAID (1994), Field Operations Guide for Disaster Assessment and Response. Office of Foreign Disaster Assistance, (*Guide d'opérations sur le terrain aux fins de dresser le bilan d'une catastrophe et d'intervenir, Bureau de l'assistance en cas de catastrophe à l'étranger*). USAID.

WCRWC/UNICEF (1998), The Gender Dimensions of Internal Displacement. Women's Commission for Refugee Women and Children. (*Dimensions en rapport avec les disparités entre les sexes en matière de déplacement dans un même pays*). New York.



**Normes minimales
à respecter
dans le secteur des
services médicaux**

Normes minimales à respecter dans le secteur des services médicaux

Table des matières

Introduction	219
1. Analyse	223
2. Lutte contre la rougeole	237
3. Lutte contre les maladies transmissibles	242
4. Services de santé	249
5. Capacités en matière de ressources humaines et formation	254
Appendice 1 : bibliographie choisie	258
Appendice 2 : premier constat sanitaire – liste de contrôle type	261
Appendice 3 : formulaire type à utiliser pour les rapports hebdomadaires	264
Appendice 4 : exemple de statistiques sur la mortalité	266
Appendice 5 : formulaire type de vaccination contre la rougeole	267
Appendice 6 : formulaires types sur l’approvisionnement en eau, l’assainissement et l’espace disponible par personne	268
Appendice 7 : formulaire type de compte rendu sur une agression sexuelle	269

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

Normes minimales à respecter dans le secteur des services médicaux

Introduction

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

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

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

1 Importance des services médicaux en cas d'urgence

Dans les situations d'urgence, les décès dus aux blessures et à une incidence accrue des maladies sont un fait établi. Les catastrophes naturelles (tremblements de terre, inondations, éruptions volcaniques, etc.) provoquent — au même titre que la guerre, les conflits et les catastrophes technologiques — une surmortalité et une surmorbidity¹. Les maladies responsables ont, elles aussi été, été identifiées : ce sont la rougeole, les maladies diarrhéiques (dont dysenterie et choléra), les infections aiguës des voies respiratoires, la malnutrition et le paludisme (dans les régions où il prévaut). L'incidence élevée des maladies s'explique par des facteurs liés à l'environnement dans lequel les populations se trouvent alors, à savoir : surpeuplement des sites, insécurité, insuffisance — en quantité et en qualité — de l'approvisionnement en eau, ainsi que mauvaises conditions d'hygiène et d'hébergement et apport alimentaire inadéquat.

Le but principal des services médicaux offerts à une population sinistrée consiste à prévenir une surmortalité et une surmorbidity. L'un des objectifs essentiels est de définir les priorités par le biais d'une première évaluation rapide, puis de mettre en place un dispositif permanent de suivi et de surveillance. Les interventions répondent aux priorités établies lors du premier constat ; elles doivent être fondées sur le plan technique et font l'objet d'une planification, d'une exécution et d'un suivi coordonnés.

Il convient de donner la priorité aux mesures propices à la prestation de soins de santé primaires (SSP) et, notamment, à l'assistance multisectorielle dans les domaines clés (eau, assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris). La participation des autorités sanitaires locales, ainsi que de membres de la population affectée ayant les qualifications requises — travailleurs sociaux et infirmières visitant les foyers — joue un rôle déterminant dans ce domaine.

Dans la plupart des situations d'urgence, les femmes et les enfants sont les principaux usagers du système médical et il importe de rechercher l'avis des femmes comme moyen d'assurer que les services sont équitables, appropriés et accessibles pour toute la population affectée par la catastrophe. Les femmes peuvent contribuer à faire comprendre les facteurs et les coutumes d'ordre culturel qui influent sur la santé ainsi que les besoins spécifiques des groupes vulnérables sinistrés. Elles doivent donc participer à l'élaboration et à la mise en oeuvre des services médicaux, dans toute la mesure du possible.

2 Se repérer à l'intérieur de ce chapitre

Ce chapitre est divisé en cinq parties (analyse, lutte contre la rougeole, etc.), chacune incluant ce qui suit :

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

D'autres informations pertinentes, dont une bibliographie choisie, sont proposées dans les pièces jointes.

La structure du présent chapitre reflète la division des activités et des responsabilités telle qu'elle se rencontre communément dans les situations d'urgence. L'action menée dans chacun de ces domaines facilite la réalisation du but général visant à répondre aux besoins prioritaires dans le domaine de la santé.

Les différentes parties du chapitre sont liées entre elles. Tout d'abord, le premier constat sanitaire recense les besoins, fixe les priorités et procure les informations nécessaires au lancement des actions à entreprendre en tout premier lieu. Puis, les données fournies de manière continue par le système d'information sur la santé indiquent les tendances, en termes de morbidité et de mortalité, facilitant la détection de nouveaux problèmes ou entraînant une réaffectation des moyens à disposition. Tant l'évaluation initiale que le système d'information sur la santé permettent d'identifier les problèmes de santé (tels que malnutrition, maladies transmissibles ou blessures) contre lesquels des mesures sont prises, à l'aide des normes présentées dans les parties relatives à la lutte contre les maladies transmissibles et aux services médicaux. La partie 5, qui

concerne les capacités en matière de ressources humaines et la formation, s'applique à l'ensemble de l'activité et traite de questions relatives aux moyens requis, en termes de personnel, pour pouvoir mener des interventions efficaces dans le domaine de la santé.

Les progrès réalisés dans un secteur déterminent l'importance de l'avancée dans d'autres. A titre indicatif, un bon système d'information sur la santé permet de définir les problèmes et de prendre ensuite les mesures préventives et curatives qui s'imposent.

Il est fait référence, dans les cas pertinents, aux normes techniques s'appliquant spécifiquement aux autres secteurs. Cela permet de souligner à quel point, d'une part, l'action menée dans un secteur est étroitement liée à l'intervention dans d'autres domaines et à quel point, aussi, l'avancée enregistrée dans l'un d'entre eux est tributaire des progrès dans les autres. Par exemple, l'approvisionnement en eau potable amoindrit les risques de maladies diarrhéiques, de même que la fourniture de denrées alimentaires appropriées et en quantité suffisante permet de limiter l'ampleur des problèmes nutritionnels.

Note

1. Il y a surmortalité lorsque le taux brut de mortalité (TBM) dépasse le taux de mortalité prévalant chez la population avoisinante, dans une situation d'urgence. Dans les pays en développement, la définition traditionnelle de la surmortalité correspond à un TBM de plus d'un décès pour 10.000 personnes par jour. Ce seuil provient des TBM annuels signalés dans la plupart de ces pays, soit environ 25 décès pour 1.000 personnes, ce qui correspond à un taux journalier de 0,6 décès pour 10.000. Le taux de mortalité prévalant dans les pays développés peut être différent de celui des pays en développement, ce qui doit être pris en compte dans l'évaluation initiale. En cas de désastre soudain, il n'est pas toujours judicieux ou pertinent de calculer le TBM, à moins que le déplacement de population soit de caractère durable ou de grande ampleur.

Les normes minimales

1 Analyse

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

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

L'analyse débute par un constat initial immédiat qui fournit des données de référence pour mesurer l'impact de la catastrophe et décider s'il y a lieu de réagir, et de quelle manière. Elle se poursuit au travers du système d'information sur la santé pour définir dans quelle mesure le programme répond aux besoins et si des changements s'imposent. Enfin, le système d'information sur la santé fournit des données permettant d'évaluer l'efficacité globale des interventions et d'en tirer des enseignements pour l'avenir.

La mise en commun des informations et des connaissances entre tous ceux qui prennent part à l'action d'assistance revêt une importance fondamentale pour comprendre pleinement le problème et coordonner les efforts. Le fait de documenter la démarche adoptée et de diffuser les informations tirées du processus d'analyse contribue à faire largement

comprendre l'impact néfaste de la catastrophe sur la santé publique ainsi que ses autres répercussions ; cela peut aussi faciliter l'amélioration des mesures visant à prévenir les catastrophes et à en atténuer les effets.

Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

L'évaluation initiale détermine aussi précisément que possible les effets de la catastrophe sur le plan de la santé, recense les besoins et fixe les priorités programmatiques.

Indicateurs clés

- Une évaluation initiale fondée sur des procédures acceptées à l'échelon international est immédiatement dressée par du personnel possédant l'expérience requise, dont un épidémiologiste au moins, si possible. La collecte des données débute avant l'évaluation réalisée sur le terrain (en s'appuyant sur les cartes, les profils des pays disponibles, etc.).
- Le premier constat est dressé en coopération avec une équipe comptant des représentants de chaque secteur (approvisionnement en eau/assainissement, nutrition, aide alimentaire, abris et sites et services médicaux) ainsi que des autorités sanitaires nationales, de la population sinistrée (hommes et femmes) et des agences humanitaires qui prévoient d'intervenir dans ce contexte.
- L'information est rassemblée et présentée dans le souci de faciliter la prise de décision de manière transparente et cohérente. Une liste de contrôle type, pour faire un premier constat sanitaire, figure en appendice 2. Les informations recueillies renseignent, généralement, sur ce qui suit.

- Ampleur géographique de l'impact de la catastrophe.

- Caractéristiques démographiques de la zone touchée, à savoir :

Nombre total de personnes affectées par la catastrophe (il s'agira d'une estimation si la population n'a jamais été comptabilisée et si le recensement est impossible).

Répartition par âge et par sexe de la population affectée (données collectées pour au moins deux groupes d'âge, à savoir : moins de 5 ans et 5 ans et plus ; s'il est possible de collecter des données plus détaillées, la ventilation est la suivante : <1, 1-4, 5-14, 15-44, +45 ans.

Taille moyenne des familles ou des ménages, avec estimation du nombre de foyers dirigés par des femmes, des adolescents ainsi que nombre de femmes enceintes et mères allaitantes.

- Informations sur les maladies transmissibles, les blessures et les décès.
 - Persistance de certains risques.
 - État nutritionnel de la population affectée.
 - Taux brut de mortalité (TBM) pour l'ensemble de la population exprimé en termes de nombre de décès pour 10.000 personnes par jour.
 - Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans (TMM5, ou taux de mortalité spécifique de cette tranche d'âge) exprimé en termes du nombre de décès pour 10.000 enfants par jour.
 - Taux d'incidence spécifique, par groupe d'âge ou par sexe, des principaux problèmes de santé et maladies.
 - Conditions d'environnement (accès à l'eau potable, degré actuel d'hygiène, disponibilité et qualité des abris, vecteurs de maladies, etc.)
 - Disponibilité de denrées alimentaires.
 - Situation et qualité des infrastructures sanitaires locales (services et personnel) et fournitures médicales.
 - État du système de transport.
 - Degré d'avancement du réseau de télécommunications.
 - Estimation de l'aide extérieure nécessaire, en fonction des conclusions de l'évaluation initiale.
- Au début d'une situation d'urgence, le taux de mortalité brute pour l'ensemble de la population est calculé régulièrement (chaque jour, si besoin est, et moins fréquemment ensuite) de même que le taux de mortalité des moins de 5 ans, de manière à pouvoir repérer les variations soudaines.
 - Dans les situations où règne l'insécurité, le bilan inclut une analyse des facteurs influant sur la sûreté et la sécurité personnelle des populations affectées par la catastrophe.
 - L'activité de l'équipe chargée de l'évaluation initiale, ainsi que ses recommandations, visent, dès le départ, à éviter une surmortalité et une

surmorbidity, ainsi qu'à anticiper les problèmes futurs de santé publique dus à la persistance de la situation d'urgence. Des recommandations sont formulées quant à la nécessité, ou non, de faire appel à l'aide extérieure pour compléter les ressources à disposition dans le pays même. Si une assistance est nécessaire, des avis sont proposés quant aux priorités et une stratégie est élaborée pour mobiliser les ressources nécessaires, tant sur le plan humain que sur le plan matériel. Les éléments ci-après sont également pris en compte :

- Structure politique et sociale de la population, y compris le risque d'un afflux de réfugiés.
 - Attention particulière portée sur les groupes à risque.
 - Accès à la population affectée.
 - Insécurité et violence.
 - Systèmes de distribution.
 - Éventuelles implications à long terme et impact sur l'environnement naturel des interventions envisagées.
- Les menaces spécifiques attentatoires à la sécurité des groupes vulnérables, tout particulièrement à celle des femmes et des jeunes filles, doivent être prises en compte dans la conception des interventions de santé.
 - Un rapport est élaboré au terme de l'évaluation initiale : il couvre les domaines essentiels de l'intervention et formule les recommandations appropriées qui sont immédiatement portées à la connaissance des autorités nationales et locales, des représentants de la population affectée et des agences participant à l'action d'assistance.

Notes de référence

1. **Procédures internationalement reconnues pour effectuer une évaluation initiale** (Internationally Accepted Procedures for Initial Assessment) voir OMS (1999).
2. **Indicateurs de l'état de santé général** : pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence, le taux brut de mortalité (TBM) pour l'ensemble de la population et le taux de mortalité des moins de cinq ans constituent des indicateurs très importants de l'état général des personnes sinistrées.

3. **Taux brut de mortalité** : la méthode suivante sert à calculer le taux brut de mortalité sur de courtes périodes (moins d'un mois).
 - a) On calcule le nombre total de décès pendant un nombre de jours donné.
 - b) On divise ce total par le nombre de jours pendant lesquels les données ont été rassemblées et on obtient ainsi le nombre moyen de décès par jour.
 - c) On divise ce chiffre par le nombre de personnes que compte la population sinistrée.
 - d) On le multiplie par 10.000 pour obtenir le taux brut de mortalité chaque jour.
4. **Bilan mené à temps** : telle doit être la caractéristique de ce bilan qui doit être dressé le plus tôt possible après la catastrophe. Si besoin est, il faut intervenir dans le même temps pour répondre aux besoins essentiels de la population. En règle générale, il faut rédiger le rapport dans la semaine qui suit l'arrivée de l'équipe sur les lieux de la catastrophe, bien que cela dépende du type d'événement survenu ou de la situation d'ensemble.
5. **Personnes chargées du bilan** : il convient de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Dans l'idéal, il devrait y avoir équilibre dans le nombre d'hommes et de femmes qui participent.
6. **Procédure à suivre pour le bilan** : tous les participants doivent approuver les modalités logistiques retenues pour dresser le bilan ainsi que des normes internationalement reconnues avant que le travail ne commence sur le terrain et se voir attribuer des tâches précises en conséquence, à l'appui de cette activité.
7. **Recueil de l'information** : si, dans le cas de certaines urgences, les informations déjà disponibles détermineront le type d'actions qui s'imposent, la plupart des interventions humanitaires doivent reposer sur quelques données tirées d'un bilan, même s'il est incomplet. Il existe bien des techniques variées pour recueillir des informations ; le choix doit donc être opéré avec soin, en fonction de la situation et du type de renseignements requis. En règle générale, la collecte d'informations doit être d'autant plus fréquente que la situation évolue rapidement ou que surviennent des événements critiques, comme de nouveaux mouvements de population ou une flambée

épidémique de maladies diarrhéiques. L'évaluation initiale sera peut-être rapide et sommaire mais l'analyse s'améliore avec le temps et l'accumulation de données dans le système d'information sur la santé. A mesure que la situation d'urgence se stabilise, de meilleures données sur la santé des femmes enceintes et des mères allaitantes, des handicapés, des personnes âgées, des mineurs non accompagnés et d'autres groupes à risque devraient devenir disponibles. Toutefois, il faut s'efforcer de recueillir des informations sur les besoins de santé génésique de la population affectée, dès le début de l'intervention d'urgence.

8. **Sources d'information** : d'autres informations destinées au rapport de bilan peuvent être compilées dans la documentation existante, les données historiques pertinentes, les informations antérieures à la catastrophe et les discussions menées avec divers interlocuteurs appropriés, bien informés, dont donateurs, personnel d'agences, fonctionnaires, spécialistes locaux, responsables de la communauté (hommes et femmes) anciens, agents de santé, enseignants, commerçants, etc. Les plans nationaux ou régionaux de préparation en cas de catastrophe peuvent aussi être une source importante d'informations. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et pratiques culturelles en vigueur.

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

9. **Questions sous-jacentes** : le bilan doit reposer sur la prise en compte des prérogatives dont jouissent les personnes sinistrées en vertu du droit international. L'évaluation initiale et l'analyse ultérieure de santé doivent établir que les problèmes sous-jacents d'ordre structurel, politique, sécuritaire, économique, démographique et environnemental propres à la région ont été compris. Il est impératif de tenir compte de l'expérience ainsi que de l'avis de la population sinistrée lorsque l'on analyse la dynamique et l'impact de la nouvelle situation d'urgence. Cela exige de s'appuyer sur les compétences et les connaissances locales lors de la collecte des données et de l'analyse des ressources, capacités, vulnérabilités et besoins. Il faut aussi prendre en compte les conditions de vie actuelle, le cadre dans lequel vivaient les personnes déplacées et la population résidente de la région avant la catastrophe, ainsi que les ressources locales à disposition.

10. **Groupes à risque** : les besoins des groupes qui risquent de souffrir tout particulièrement de la situation – femmes, adolescents, mineurs sans famille, enfants, personnes âgées et handicapées – doivent être pris en compte. Il convient de déterminer les rôles que le système social attribue respectivement aux hommes et aux femmes.
11. **Domaines d'activité** : si chaque situation d'urgence génère des besoins et des problèmes spécifiques dans le secteur de la santé, une intervention s'impose généralement dans les grands domaines d'activité suivants : surveillance des blessures et des maladies, lutte contre les maladies transmissibles, vaccination contre la rougeole, alimentation, nutrition, eau et assainissement et abris. En outre, l'évaluation initiale doit indiquer l'ampleur des besoins en matière de services de prévention, soins curatifs, système d'aiguillage sur des services spécialisés, santé génésique, santé maternelle et infantile, services communautaires, éducation sanitaire ainsi que fournitures médicales, personnel et soutien administratif nécessaires pour assurer, en agissant de manière concertée et coordonnée, la mise sur pied et le fonctionnement de ces services.

Norme 2 d'analyse : système d'information sur la santé – collecte des données

Le système d'information sur la santé permet de collecter régulièrement des données pertinentes sur la population, les maladies, les conditions d'environnement et les services médicaux, sous une forme normalisée, dans le but de détecter les grands problèmes sanitaires.

Indicateurs clés

- La surveillance épidémiologique débute en même temps que l'évaluation initiale et, dans l'idéal, fait appel au système local d'information sur la santé. Dans certaines situations d'urgence, la mise en place d'un système — nouveau ou parallèle — peut être nécessaire ; c'est à l'équipe chargée de l'évaluation initiale qu'il incombe de décider.
- La responsabilité de l'organisation et de la supervision du système de surveillance épidémiologique est clairement assignée à une agence donnée, de manière à assurer la coordination entre tous les partenaires, si les autorités sanitaires locales ne peuvent pas assumer cette fonction.

- Dans les premières phases de la situation d'urgence, le système d'information sur la santé est axé sur la démographie, la mortalité et ses causes ainsi que sur la morbidité et toutes les activités prioritaires (eau, assainissement, aide alimentaire, nutrition, abris) définies au terme de l'évaluation initiale.
- Les données concernant la mortalité sont collectées auprès des établissements de soins et auprès de certains membres de la communauté (tels que personnel des cimetières, fournisseurs de linceuls et autres personnes clés) de manière à pouvoir évaluer le taux brut quotidien de mortalité pour l'ensemble de la population, ainsi que le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans. Des données plus spécifiques sur les décès sont également collectées.
- Les données concernant la morbidité (blessures, affections et maladies) sont collectées auprès des établissements médicaux dispensant des soins ambulatoires, des centres nutritionnels, des agents chargés des programmes d'alimentation et de santé dans la collectivité afin de calculer l'incidence des causes principales de blessures ou de maladies, leur taux d'incidence spécifique (en fonction de l'âge et du sexe) et de détecter ainsi les changements éventuels ou les nouveaux problèmes de santé.
- Chaque établissement médical dispensant des soins ambulatoires remplit les formulaires normalisés de surveillance des taux de mortalité et de morbidité en indiquant l'âge, le sexe et les données relatives aux causes spécifiques de décès.
- Dans la plupart des situations d'urgence, les données concernant les services de santé sont collectées auprès des agences participant à l'action d'assistance, des établissements locaux de soins et des agents de santé communautaire. La nature des données à collecter variant d'une situation d'urgence à l'autre, l'équipe chargée d'effectuer l'évaluation initiale détermine les domaines prioritaires au sujet desquels des informations doivent être obtenues. Il s'agit, par exemple, des données concernant le taux de couverture du programme d'alimentation, du programme de vaccination contre la rougeole, le nombre d'agressions sexuelles, etc.
- Les autorités sanitaires locales (ou l'agence responsable du système d'information sur la santé) établissent régulièrement une synthèse des données reçues des établissements de soins ainsi que de la communauté, à l'aide des formulaires normalisés et des méthodes recommandées pour la compilation, l'enregistrement et l'analyse des données.
- Des définitions de cas type ainsi que des formulaires normalisés de notification sont à disposition et sont utilisés pour toute maladie devant faire l'objet d'une surveillance. Les définitions de cas sont simples, claires et adaptées aux moyens de diagnostic disponibles.

- Les personnes qui travaillent dans les établissements chargés d'établir les rapports reçoivent une formation pour apprendre à remplir les formulaires de notification ainsi que les définitions de cas type. La fréquence des rapports est précisée et adaptée à la nature de la situation d'urgence, ainsi qu'à la phase dans laquelle se situe l'intervention.
- Des systèmes de télécommunications et de logistique existent, ou sont mis en place, de manière à pouvoir diffuser et recevoir les rapports et les informations en retour dans le cadre de la surveillance épidémiologique.
- Le système d'information sur la santé fait périodiquement l'objet d'une évaluation afin de vérifier qu'il est à la fois précis et complet, simple et souple, et que les données obtenues sont à jour.

Notes de référence

1. **Grâce au système d'information sur la santé, il est possible :**
 - a) de déceler rapidement les problèmes de santé et les épidémies et d'intervenir au plus vite ;
 - b) de suivre l'évolution de l'état de santé général et de continuer à agir en fonction des priorités dans ce domaine ;
 - c) d'évaluer l'efficacité et l'impact réel des interventions ainsi que le taux de couverture des services ;
 - d) de s'assurer que les ressources sont allouées à bon escient aux régions et aux groupes les plus démunis ;
 - e) d'évaluer la qualité des interventions médicales.
2. **Compte rendu :** voir l'appendice 3 pour un formulaire type à utiliser pour les rapports hebdomadaires (mortalité, morbidité, etc.), l'appendice 6 pour les formulaires types sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et la densité de population et l'appendice 8 pour un formulaire type de compte rendu sur une agression sexuelle. Veuillez également vous reporter au chapitre 1, Approvisionnement en eau et assainissement et au chapitre 2, Nutrition.
3. **Définitions de cas clinique :** des exemples à utiliser dans certaines situations d'urgence et de post-urgence sont présentés ci-dessous.
 - **Rougeole :** éruption cutanée généralisée durant plus de 3 jours et température dépassant 38° C, ainsi que : toux, nez qui coule, yeux rouges.

- **Dysenterie** : 3, ou plus, selles liquides par jour et présence de sang visible dans les selles.
 - **Diarrhée** : 3, ou plus, selles liquides aqueuses par jour.
 - **Choléra** : diarrhée forte, abondante, aqueuse, accompagnée ou non de vomissements.
 - **Affection aiguë des voies respiratoires** : toux ou respiration difficile (>50 ou plus par minute) pour les enfants âgés de 2 mois à moins d'un an ; rythme respiratoire supérieur à 40 inspirations par minute pour les enfants âgés de 1 à 4 ans ; et pas de renforcement du thorax, de stridor ou de signes de danger.
 - **Malnutrition** : pour des définitions détaillées, voir Nutrition, au chapitre 2, appendice 1.
 - **Paludisme** : accès de fièvre dépassant 38,5° C et absence d'autre infection.
 - **Méningite** : poussées soudaines de fièvre dépassant 38,9° C et raideur de la nuque ou purpura.
4. **Agression sexuelle** : il convient de suivre régulièrement le nombre de cas d'agressions sexuelles et de violence familiale signalés aux services de santé ainsi qu'aux agents chargés d'assurer protection et sécurité.

Norme 3 d'analyse : système d'information sur la santé – analyse des données

Les données collectées dans le cadre du système d'information sur la santé, ainsi que les changements notés au sein de la population sinistrée, font régulièrement l'objet d'un contrôle et d'une analyse pour faciliter la prise de décisions et déterminer le mode d'intervention le plus approprié.

Indicateurs clés

- Pendant la phase d'urgence, le taux brut de mortalité (TBM) et le taux d'incidence des grands problèmes de santé (blessures et maladies) font l'objet, régulièrement, d'un suivi et d'un examen pour permettre la prise de décisions. Toutefois, dans certaines situations d'urgence, l'équipe chargée de l'évaluation initiale peut recommander un cycle d'analyse moins fréquent.

- Il est rapidement rendu compte des problèmes de santé (blessures, malnutrition, etc.) qui font l'objet d'une enquête et des mesures appropriées sont immédiatement prises afin de prévenir une surmortalité.
- Les cas individuels d'affections susceptibles de se transformer en épidémies (choléra, rougeole, etc.) et/ou les flambées de maladies transmissibles font l'objet d'une enquête le plus tôt possible et sont confirmés. Des mesures de lutte contre les épidémies sont prises dans les situations indiquées et les cas signalés reçoivent un traitement approprié. (Voir les normes concernant la lutte contre les maladies transmissibles).

Norme 4 d'analyse : système d'information sur la santé – suivi et évaluation finale

Les données collectées sont utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions menées pour lutter contre les maladies et préserver la santé de la population.

Indicateurs clés

- Les éléments ci-après, notamment, permettent de mesurer l'efficacité d'un programme :
 - Le taux de mortalité diminue et évolue en direction de moins de 1 décès pour 10.000 personnes par jour.
 - Le taux de mortalité des moins de cinq ans diminue (pas plus de 2 décès pour 10.000 enfants par jour).
 - La propagation des épidémies et des maladies est enrayée.
 - Les blessures et les comportements violents sont réduits ou éliminés.
 - Le taux de couverture vaccinale pour la rougeole dépasse les 95 %.
 - L'approvisionnement alimentaire est adéquat (voir Nutrition, au chapitre 2 et Aide alimentaire, au chapitre 3).
 - L'approvisionnement en eau est adéquat (voir Approvisionnement en eau et assainissement, au chapitre 1).
 - Des installations sanitaires adéquates sont à disposition (voir Approvisionnement en eau et assainissement, au chapitre 1).

Notes de référence

1. **Objectif** : le but de toute intervention d'urgence doit consister à parvenir, le plus tôt possible, à un taux brut de mortalité inférieur à 1 décès pour 10.000 personnes par jour et à un taux de mortalité des moins de cinq ans inférieur à 2 décès pour 10.000 enfants par jour .
2. **Intégration** : le système d'information sur la santé doit être intégré dans le système de la communauté d'accueil et englober les établissements de soins et les agents de santé communautaire. Tant la population affectée que la communauté d'accueil contribuent au système d'information sur la santé.
3. **Utilisation des informations de suivi** : les situations d'urgence sont, par définition, à la fois volatiles et dynamiques. Il est donc vital de disposer d'un flux régulier d'informations tenues à jour, si l'on veut que les programmes restent adaptés aux besoins. Les informations tirées du suivi continu des programmes doivent être intégrées dans les examens périodiques et les bilans. Dans certaines circonstances, il faudra peut-être modifier la stratégie en réponse à un changement majeur de la situation ou des besoins de la population affectée.
4. **Personnes chargées du suivi** : lorsqu'il y a lieu de consulter la population affectée pour le suivi, il est bon de faire appel à des personnes capables de recueillir des informations auprès de tous les groupes de la population sinistrée, d'une manière acceptable selon les normes culturelles, en tenant compte tout particulièrement du sexe et des connaissances linguistiques. Il convient d'encourager la participation des femmes.
5. **Evaluation** : le bilan final compte parce qu'il mesure l'efficacité du programme, permet de tirer les enseignements pour mieux se préparer, amoindrir les effets d'une catastrophe et intervenir à l'avenir, et encourage l'acceptation des responsabilités. En l'occurrence, l'évaluation prévoit deux processus liés entre eux :
 - a) Le bilan final interne d'un programme est normalement dressé par le personnel de l'agence dans le cadre du processus régulier d'analyse et d'examen des informations obtenues au travers du suivi. L'agence doit aussi évaluer l'efficacité de tous ses programmes dans une situation de catastrophe donnée ou comparer les programmes menés à bien d'un contexte à un autre.

- b) Le bilan final externe peut, à l'inverse, entrer dans le cadre d'un exercice plus vaste d'évaluation définitive menée par les agences et les bailleurs de fonds, au terme, par exemple, de la phase aiguë d'une situation d'urgence. Pour ce type de bilan, il est important que les techniques et les moyens utilisés cadrent avec l'envergure et les caractéristiques du programme et que le rapport décrive la méthodologie suivie ainsi que les démarches retenues pour parvenir aux conclusions.

6. **Liens avec d'autres secteurs** : les activités de suivi et d'évaluation exigent une coopération étroite avec d'autres secteurs (voir les chapitres sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, la nutrition, l'aide alimentaire ainsi que l'aménagement des abris et du site), les autorités d'accueil et les agences humanitaires.

Norme 5 d'analyse : participation

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

Indicateurs clés

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

Notes de référence

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

2. **Diversité des formes de participation à la fourniture de services médicaux** : par exemple, en participant aux activités de mobilisation sociale ; en communiquant des messages de santé essentiels à la population sinistrée ; en signalant, sans tarder, les cas suspectés de maladies ; en aidant à la détection épidémiologique et à la menée de sondages de santé dans les foyers ; en participant et en soutenant des campagnes sanitaires (vaccinations, fourniture de suppléments de vitamine A, cours de réhydratation orale dans les foyers ou dans les centres communautaires désignés, distribution de préservatifs, etc.) ; en prêtant concours dans les dispensaires sur le plan logistique (contrôle de la foule) et sur des questions de langue et de culture.
3. **Comités de coordination** : c'est un moyen de veiller à ce que les personnes participent au programme d'assistance. Il ne faut pas perdre de vue les facteurs de sexe, d'âge, d'appartenance ethnique et de milieu socio-économique pour que ces comités soient bien représentatifs de la population sinistrée. Responsables politiques reconnus, chefs de la communauté – hommes et femmes confondus – et dirigeants spirituels doivent aussi être représentés. Les rôles et les fonctions du comité de coordination doivent être convenus lors de sa constitution.
4. **Sollicitation d'avis et d'opinions** : on peut aussi encourager la participation par des sondages et des discussions menés à intervalles réguliers lors d'opérations de distribution, en visitant les familles ou en abordant des préoccupations d'ordre individuel. Les discussions collectives avec la population sinistrée peuvent aussi éclairer l'équipe sur les croyances et les pratiques culturelles en vigueur.

2 Lutte contre la rougeole

Le virus de la rougeole est l'un des agents pathogènes les plus contagieux et les plus mortels. Le surpeuplement, dans les installations d'urgence, ainsi que les mouvements imprévisibles des populations offrent un cadre idéal à la transmission rapide et intense de ce virus, qui peut provoquer un taux élevé de morbidité et de mortalité, particulièrement chez les enfants en bas âge.

En situation d'urgence, les campagnes de vaccination contre la rougeole doivent constituer la toute première priorité et avoir lieu le plus tôt possible. Les programmes d'immunisation contre ce virus doivent débuter dès que l'on dispose du personnel, des vaccins, de l'équipement requis pour la chaîne du froid ainsi que des autres fournitures pour mener une campagne de masse. La décision concernant la date de lancement du programme de vaccination doit être basée sur des indices épidémiologiques (selon qu'une campagne de vaccination de masse a eu lieu, ou non, récemment, le taux de couverture de vaccination contre la rougeole et l'estimation du nombre de personnes susceptibles d'être contaminées au sein de la population sinistrée). Dans certains cas, l'équipe chargée d'effectuer l'évaluation initiale recommandera de vacciner les jeunes jusqu'à l'âge de 15 ans, ou même au-delà, si une forte vulnérabilité est signalée dans ce groupe.

Norme 1 de lutte contre la rougeole : vaccination

Chez les populations sinistrées, le plus tôt possible, tous les enfants âgés de 6 mois à 12 ans reçoivent une dose de vaccin contre la rougeole ainsi qu'un supplément approprié de vitamine A.

Norme 2 de lutte contre la rougeole : vaccination des nouveaux arrivants

Dans une zone d'installation pour réfugiés, les nouveaux arrivants sont systématiquement vaccinés. Tous les enfants âgés de 6 mois à 12 ans reçoivent une dose de vaccin contre la rougeole ainsi qu'une dose appropriée de vitamine A.

Indicateurs clés

- Des mesures sont prises et permettent la coordination avec les autorités sanitaires locales (Programme élargi de vaccination - PEV) ainsi qu'avec les agences participantes.
- Plus de 95 % des enfants du groupe cible (y compris les nouveaux arrivants) ont été vaccinés. (Voir, en appendice 5, un formulaire type de vaccination contre la rougeole.)
- Les stocks in situ de vaccins contre la rougeole permettent de couvrir 140 % du groupe cible, chiffre qui comprend 15 % de pertes et 25 % de réserves ; des projections sont faites pour établir les besoins futurs en cas de nouveaux arrivants, et des vaccins sont commandés s'il n'y en a pas suffisamment sur place.
- Seuls sont utilisés des vaccins et des seringues jetables conformes aux prescriptions de l'OMS.
- La chaîne du froid est constamment préservée et surveillée, de la fabrication du vaccin au site d'immunisation.
- Le nombre de seringues jetables in situ équivaut à 125 % du nombre prévu de personnes à vacciner, chiffre qui comprend 25 % de réserves. Un stock suffisant de seringues de 5 ml (pour diluer les ampoules multidose) est à disposition. Il faut une seringue par ampoule multidose.
- Un nombre suffisant de conteneurs de sécurité, conformes aux recommandations de l'OMS, permet de stocker les seringues jetables et les seringues de dilution avant leur élimination. Ces coffrets sont eux-mêmes éliminés conformément aux recommandations de l'OMS.
- Le stock de vitamine A in situ équivaut à 125 % du nombre prévu de personnes à pouvoir, ce chiffre comprenant 25 % de réserves, si la vitamine A doit être administrée dans le cadre d'une campagne de vaccination de masse.
- La date de la vaccination contre la rougeole est notée dans le carnet de santé de chaque enfant. (Des registres de santé sont fournis, si possible, pour enregistrer les vaccinations).

- Les nourrissons vaccinés avant l'âge de 9 mois doivent être revaccinés à cet âge.
- Les établissements de soins sont dotés des moyens nécessaires pour assurer régulièrement la vaccination contre la rougeole des nouveaux arrivants (dans le cas d'une situation de réfugiés) ainsi que pour garder trace des enfants devant être revaccinés lorsqu'ils atteignent l'âge de neuf mois.
- Des messages pertinents, en langue locale, sont diffusés aux groupes de femmes enceintes et aux prestataires de soins ; leur but est de souligner les avantages de la vaccination contre la rougeole, de faire connaître ses effets secondaires éventuels, de faire savoir quand il faudra revenir au centre de soins si une revaccination est nécessaire et de faire comprendre à quel point il est important de conserver les carnets de santé.
- Une campagne d'information publique est menée par les agents de santé communautaire avant tout lancement de campagne de vaccination de masse.

Notes de référence

1. **Température** : pour conserver leur efficacité, les vaccins doivent être maintenus à la température recommandée par le fabricant (moins de 8° C).
2. **Carnets de santé** : il est recommandé de fournir des carnets de santé individuels, pour enregistrer les dates de vaccination contre la rougeole, mais ils ne seront pas toujours disponibles, ou il ne sera pas forcément possible d'en distribuer en situation d'urgence ; l'absence de carnets de vaccination ne doit pas, cependant, retarder le lancement d'une campagne de vaccination contre la rougeole.
3. **Groupe cible** : il peut être nécessaire d'inclure dans le groupe cible les enfants âgés de 12 à 15 ans (parfois même au-delà) dans les régions où il existe des indices épidémiologiques faisant craindre que ce groupe d'âge ait une résistance insuffisante. Dans d'autres cas, l'évaluation initiale peut recommander de vacciner un groupe cible constitué d'enfants de moins de 12 ans.
4. **Lors d'une campagne de vaccination de masse** : l'OMS recommande d'intégrer, dans le programme de vaccination, l'administration de suppléments de vitamine A comme suit :
 - nourrissons âgés de 6 à 12 mois : 100.000 unités internationales (UI) (à répéter tous les 4 à 6 mois) ;
 - enfants de plus de 12 mois : 200.000 unités (à répéter tous les 4 à 6 mois).
5. **Effectifs** : l'expérience montre que le personnel affecté aux campagnes de vaccination (comprenant l'administration de vitamine A) doit compter au moins un superviseur et un logisticien, capables de

surveiller une ou plusieurs équipes. L'équipe décrite ci-dessous devrait être en mesure de vacciner de 500 à 700 personnes en une heure environ : quatre personnes préposées à la préparation des vaccins ; deux personnes pour l'administration des vaccins (bien que leur nombre exact sera fonction du nombre de personnes à immuniser) ; six personnes préposées à l'enregistrement et au pointage ; six personnes chargées du maintien de l'ordre (contrôle de la foule).

Norme 3 de lutte contre la rougeole : mesures contre les poussées épidémiques

Une intervention systématique est organisée lors de chaque flambée de rougeole, tant au sein de la population sinistrée que dans la communauté d'accueil.

Indicateurs clés

- Un seul cas (suspect ou confirmé) suffit à déclencher immédiatement une enquête sur place, dans le but, notamment, de vérifier l'âge et le statut vaccinal dudit cas.
- Les mesures de lutte contre une épidémie de rougeole englobent la vaccination de tous les enfants âgés de 6 mois à 12 ans (ou au-delà, si des enfants plus âgés sont affectés) ainsi que l'administration d'une dose appropriée de vitamine A.

Norme 4 de lutte contre la rougeole : prise en charge des cas

Tous les enfants qui contractent la rougeole reçoivent les soins requis afin d'éviter de graves séquelles, voire une issue fatale.

Indicateurs clés

- Un système (s'étendant à l'ensemble de la communauté), qui permet la détection des cas actifs sur la base d'une définition de cas type et l'aiguillage, sur les services compétents, des cas de rougeole, suspects ou confirmés, est opérationnel.
- Chaque enfant souffrant de rougeole reçoit de la vitamine A et un traitement approprié pour éviter les complications, telles que pneumonie, diarrhées, malnutrition grave et méningo-encéphalite, qui sont responsables de la plupart des décès.

- L'état nutritionnel des enfants souffrant de rougeole fait l'objet d'un suivi et, si nécessaire, les enfants sont pris en charge dans le cadre d'un programme d'alimentation d'appoint.

Notes de référence

1. **Vaccins PVE** : la vaccination contre la rougeole revêt une importance telle dans les premiers temps de toute situation d'urgence, dans bien des pays, que cette campagne ne doit souffrir aucun retard. Dans certaines situations pressantes, d'autres remèdes rentrant dans le cadre d'un programme de vaccination élargi (PVE) peuvent être associés à la campagne contre la rougeole, mais ne doivent pas retarder ce programme, faute d'être disponibles. Lorsqu'il n'y a que des vaccins contre la rougeole, les autres produits d'immunisation ne sont introduits que lorsque les besoins immédiats de la population sont couverts, en termes de protection contre la rougeole.
2. **En situation de conflit** : l'UNICEF, et d'autres organisations, ont parfois obtenu la conclusion d'un cessez-le-feu temporaire entre groupes belligérants pour pouvoir mener, en sécurité, leur campagne de vaccination.
3. **Revaccination** : lorsqu'une campagne de vaccination de masse contre la rougeole doit avoir lieu mais que les carnets de santé individuels ne sont pas à disposition, l'immunisation des enfants qui ont peut-être déjà été vaccinés n'est pas dangereuse. Il vaut mieux revacciner un enfant que lui faire courir le risque de contracter la rougeole.
4. **Pour traiter un cas de rougeole ou une carence en vitamine A** : l'administration de vitamine A contribue à une décade, d'une part, du taux de mortalité et, d'autre part, de l'incidence des séquelles dues à la rougeole. L'OMS formule les recommandations ci-après.

Nourrissons de moins de 6 mois : 50.000 UI le premier jour ; 50.000 UI le deuxième.

Enfants âgés de 6 à 12 mois : 100.000 UI le premier jour ; 100.000 UI le deuxième.

Enfants âgés de plus de 12 mois : 200.000 UI le premier jour ; 100.000 UI le deuxième.
5. **Si la rougeole touche déjà la population sinistrée** : il est possible que des enfants vaccinés pendant leur période d'incubation développent tout de même la maladie.

3 Lutte contre les maladies transmissibles

Les causes principales de morbidité et de mortalité au sein d'une population sinistrée sont la rougeole, les maladies diarrhéiques, les infections aiguës des voies respiratoires, la malnutrition et, dans les zones où il est endémique, le paludisme. D'autres maladies transmissibles, comme la méningite cérébro-spinale épidémique, l'hépatite, la fièvre typhoïde, le typhus et la fièvre récurrente, peuvent provoquer des flambées infectieuses dans certaines situations. Les affections diarrhéiques et les maladies transmissibles comme la tuberculose apparaissent, souvent, dans les premiers temps d'une urgence et peuvent aussi constituer les premiers symptômes manifestes d'une infection par le VIH ou du SIDA.

Les autorités sanitaires locales, notamment les agents de santé communautaire et les infirmières se rendant à domicile, seront vraisemblablement à l'avant-garde de la lutte contre les épidémies, lorsque les moyens le permettent, et travaillent en collaboration avec les dispensaires et les agences participantes. La population sinistrée joue un rôle important en matière de prévention et de lutte contre ces maladies en observant, régulièrement, de bonnes règles d'hygiène.

La prévention est l'une des priorités essentielles de la lutte contre les maladies transmissibles et le succès des programmes mis en place dans les autres secteurs – eau, assainissement, nutrition, aide alimentaire et abris – revêt, par conséquent, une importance cruciale. Le surpeuplement, la contamination de l'approvisionnement en eau, les mauvaises conditions d'hygiène et d'hébergement sont autant de facteurs qui contribuent à la propagation rapide des maladies. Une mauvaise nutrition, surtout chez les jeunes enfants, accroît la vulnérabilité aux maladies et contribue à un taux de mortalité élevé.

Il est aussi important de considérer les mesures à prendre pour prévenir et lutter contre les maladies sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH. Toute intervention dépendra des informations épidémiologiques disponibles sur la population sinistrée et de la nature de la catastrophe.

Norme 1 de lutte contre les maladies transmissibles : surveillance épidémiologique

L'apparition de cas de maladies transmissibles fait l'objet d'une surveillance.

Indicateurs clés

- Le service ou l'agence responsable de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les maladies transmissibles est clairement désigné, et tous les participants à l'action d'urgence savent où ils doivent envoyer les informations concernant des cas suspects ou confirmés de ce type.
- Le service ou l'agence responsable de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les maladies transmissibles dispose de personnel expérimenté.
- Le système de surveillance fonctionne en tout temps, afin de détecter rapidement les maladies transmissibles et de déclencher l'action nécessaire pour endiguer les flambées épidémiques.

Norme 2 de lutte contre les maladies transmissibles : enquêtes et mesures

Les maladies susceptibles de prendre des proportions épidémiques font l'objet d'enquêtes et de mesures de lutte, conformément aux normes et critères acceptés sur le plan international.

Indicateurs clés

- Les maladies susceptibles de prendre des proportions épidémiques sont identifiées lors de l'évaluation initiale ; des protocoles normalisés — en matière de prévention, de diagnostic et de traitement — existent et sont connus des établissements de soins ainsi que des agents de santé communautaire et des infirmières se déplaçant à domicile.
- Tant les cas signalés que les rumeurs concernant l'apparition de certaines maladies font l'objet d'une enquête confiée à du personnel qualifié.
- Tout diagnostic est confirmé.

- Des mesures de lutte contre les poussées épidémiques sont prises ; il s'agit, notamment, de faire ce qui suit :
 - Attaquer le problème à la racine, en réduisant les foyers d'infection pour empêcher la maladie de s'étendre à d'autres membres de la communauté. Selon la maladie, les mesures peuvent avoir pour objectif un diagnostic et un traitement rapides des cas (par exemple : choléra), l'isolement des malades (par exemple : fièvres hémorragiques virales, comme celles causées par le virus ebola) et le contrôle des vecteurs animaux (pour la peste, par exemple).
 - Protéger les groupes vulnérables pour réduire le risque d'infection : immunisation (par exemple : contre la méningite et la rougeole), amélioration de la nutrition et, dans certaines situations, administration préventive de médicaments pour les groupes à haut risque (par exemple : la prophylaxie du paludisme peut être suggérée pour protéger les femmes enceintes lors de flambées épidémiques), dons de sang non contaminé et distribution de préservatifs pour prévenir les maladies sexuellement transmissibles et l'infection par le VIH.
 - Interrompre la transmission de la maladie, de manière à enrayer au maximum sa propagation, en améliorant notamment l'hygiène du milieu et l'hygiène personnelle (dans le cas de toutes les maladies transmises par la voie fécale-orale), l'éducation sanitaire, la lutte contre les vecteurs (par exemple : fièvre jaune et dengue), la désinfection et la stérilisation (contre l'hépatite B ou le virus ebola).
- Du personnel qualifié (agents de santé, infirmières à domicile) participe, à l'échelon de la communauté, à la lutte contre les maladies transmissibles en diffusant des messages de prévention et en prenant convenablement en charge les cas déclarés (fourniture de sels de réhydratation et de médicaments, respect du traitement prescrit, visites dans les foyers, etc.), conformément aux directives reçues.
- Des messages d'information publique et de promotion de la santé sont diffusés dans le cadre de la lutte contre les maladies transmissibles.
- Les chefs de la collectivité, comme les agents de santé et les infirmières se rendant à domicile, facilitent l'accès à certains groupes de la population et diffusent les messages essentiels en matière de prévention.
- Seuls les médicaments figurant sur la *Liste des médicaments essentiels* de l'OMS sont utilisés.

Notes de référence

1. **Normes et critères acceptés à l'échelle internationale** : voir OMS (1997), figurant sous Système d'information sur la santé, dans la bibliographie choisie.
2. **Rumeurs** : tant les cas déclarés que les rumeurs faisant état de flambées épidémiques sont fréquents au sein des populations affectées par une catastrophe, y compris les réfugiés ; il doit toujours être donné suite à ces informations.
3. **Présence, ou non, d'une épidémie** : une épidémie est définie comme un nombre de cas d'une maladie jugé excessif par rapport au passé (en un lieu, une période de temps et une population donnés). Il est parfois difficile de décider si l'on y a ou non épidémie ; il convient donc que l'instance chargée de la surveillance épidémiologique établisse des critères permettant de définir les seuils épidémiques, lorsque c'est possible. Beaucoup de maladies n'ayant pas de seuil défini, en l'espèce, toute épidémie suspectée ou confirmée doit être signalée à l'autorité chargée de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les maladies transmissibles.
4. **Mise sur pied d'un laboratoire clinique** : pas une priorité dans la plupart des urgences – Car, la plupart des cas feront l'objet d'un diagnostic clinique et le traitement sera basé soit sur une présomption, soit sur des symptômes. Il faudra bien identifier certains agents infectieux, et recueillir et envoyer des prélèvements à un laboratoire de référence, aux fins d'analyse. C'est à l'instance chargée de la surveillance épidémiologique et de la lutte contre les maladies transmissibles qu'il incombe de trancher en la matière.
5. **Lutte contre les maladies diarrhéiques** : les maladies diarrhéiques constituent une cause importante de mortalité au sein des populations sinistrées, principalement en raison du surpeuplement ainsi que du manque d'eau et d'hygiène qui favorisent la transmission de ce type de maladies. Le traitement de la diarrhée commune repose sur la prévention de la déshydratation par le biais d'une thérapie de réhydratation par voie orale (TRO). Les services de santé de base mis en place dans une situation de catastrophe doivent donc inclure un réseau dispensant ce type de soins. Un mauvais état nutritionnel augmentant encore le taux de mortalité du aux maladies diarrhéiques, tous les enfants souffrant de coliques doivent être

- examinés afin de détecter les éventuels cas de malnutrition et d'intervenir en conséquence. L'approvisionnement en eau salubre (en quantité suffisante), la construction de latrines, la distribution de savon, et les mesures appropriées d'aménagement des sites (pour éviter le surpeuplement) constituent les moyens les plus efficaces de lutte contre la morbidité et la mortalité dues aux maladies diarrhéiques.¹
6. **Infections aiguës des voies respiratoires** : dans les pays en développement, 25 à 30 % des décès, chez les enfants de moins de cinq ans, sont dus à une infection aiguë des voies respiratoires et 90 % de ces décès sont attribués à la seule pneumonie. Une prise en charge convenable des cas constitue la pierre angulaire de la prévention des décès dus à la pneumonie. Un diagnostic clinique, basé sur l'observation de la respiration de l'enfant, a été mis au point par l'OMS et l'UNICEF ; il peut être utilisé pour dépister, sans tarder, les cas au sein d'une population de réfugiés. Le cotrimoxazole reste le médicament de choix, car il est à la fois facile à administrer et efficace dans le traitement ambulatoire de la pneumonie.
 7. **Prévention de l'infection par le VIH** : dans la phase aiguë qui suit une catastrophe, il convient de prendre des mesures dans le but de minimiser ce risque d'infection. C'est la nature du désastre ainsi que la situation épidémiologique des personnes sinistrées qui dicteront les interventions nécessaires contre le VIH et le SIDA et si elles peuvent, ou non être mises en oeuvre. Quelle que soit l'urgence considérée, la riposte de base doit être de s'efforcer de préserver les droits des personnes séropositives ou sidéennes et d'empêcher la transmission nosocomiale du VIH (qui se répand dans l'établissement hospitalier). L'intervention doit assurer ce qui suit : une transfusion du sang sans danger, l'accès aux préservatifs, la mise à disposition des articles et du matériel requis pour prendre les précautions courantes et la diffusion des informations pertinentes, l'éducation et la communication².
 8. **Lutte contre la dysenterie** : L'infection par le *S dysenteriae* de type 1 (Sd1) constitue un important problème de santé publique en Amérique latine, en Asie du sud et en Afrique centrale. Malheureusement, le Sd1 a prouvé qu'il possédait une extraordinaire aptitude à devenir résistant aux antibiotiques. Dans certaines régions, aujourd'hui, le seul agent antimicrobien efficace contre cette souche est la ciprofloxacine (traitement de 5 jours), ce qui complique la prise en charge des patients et augmente le coût du traitement à un point qui peut le rendre prohibitif, s'il faut l'employer à grande échelle.

9. **Lutte contre le choléra** : des flambées épidémiques de choléra sont fréquemment observées en Asie et en Afrique. Moyennant une prise en charge correcte, le taux de mortalité dû au choléra peut être maintenu en deçà de 1 % pendant les flambées épidémiques qui surviennent, lorsqu'il y a situation de réfugiés. La riposte médicale se fonde sur une recherche active des cas et sur une prise en charge appropriée des malades. Les patients fortement déshydratés reçoivent un traitement par voie intraveineuse. Les cas de choléra non graves sont traités par la thérapie de réhydratation orale. Une brève thérapie aux antibiotiques peut réduire la durée de la maladie ; elle reste recommandée par l'OMS pour le traitement des patients fortement déshydratés. La transmission du choléra est endiguée grâce à des mesures appropriées d'évacuation des déchets et de traitement de l'eau (chloration). La vaccination de masse n'a jamais été utilisée pour lutter contre des flambées épidémiques de choléra ; de l'avis général, elle n'aurait que peu (voire pas) d'impact une fois que l'épidémie s'est déclarée (stratégie dite réactive) et elle détournerait inutilement des fonds requis pour d'autres activités essentielles de contrôle.
10. **Lutte contre la rougeole** : la rougeole reste une cause majeure de mortalité infantile à travers le monde. Le Programme élargi de vaccination (PEV) a permis d'atteindre une couverture vaccinale satisfaisante dans certains pays, mais ce taux varie fortement d'une région à l'autre. Des flambées épidémiques peuvent se déclarer dans des camps et autres sites surpeuplés, la concentration de personnes vulnérables constituant un facteur de risque important, favorable à la transmission du virus. Des taux de mortalité élevés sont dus à un mauvais état nutritionnel, à une carence en vitamine A et à une exposition intensive au virus, liée à la forte densité humaine. Le taux de mortalité élevé lié à la rougeole peut être évité ; dans toute situation d'urgence, la vaccination de masse, combinée avec la distribution de vitamine A, est donc l'une des toutes premières priorités.
11. **Lutte contre le paludisme** : cette maladie causée par le plasmodium falciparum reste le principal risque pour la santé en région tropicale, à travers le monde. Même dans le cas de populations déplacées provenant d'une zone où le paludisme est fortement endémique, la prévention repose sur des mesures de protection individuelle (moustiquaires imprégnées d'insecticide) et communautaire (lutte contre les vecteurs). La distribution massive de moustiquaires imprégnées d'insecticide peut avoir un impact majeur sur la

transmission du paludisme. Elle permet, en effet, de réduire la population de moustiques et de créer un "effet de bouclier", protégeant même ceux qui ne se servent pas de moustiquaire. Aucune prophylaxie de masse n'a été jusqu'ici recommandée, car elle serait extrêmement difficile à mettre en oeuvre, sans parler des difficultés de suivi à grande échelle ; elle risquerait, d'autre part, d'accélérer le développement d'une résistance aux médicaments. La stratégie idéale, en principe, consiste à traiter les cas présentant une infestation parasitaire confirmée ; un tel traitement est, hélas, rarement possible dans la pratique. En l'absence de services de laboratoire et dans des zones où le paludisme est fortement endémique, le traitement est souvent administré compte tenu de critères purement cliniques. Il est important que, dans le pays d'accueil, la thérapie cadre avec le programme national de lutte contre le paludisme et qu'elle soit adaptée au profil épidémiologique de la population sinistrée. Le mieux est de définir cet objectif dans la phase postérieure à l'urgence, lorsque les tendances épidémiologiques sont plus faciles à cerner.

12. **Aux fins d'endiguer des maladies plus rares ou moins graves** : voir les références figurant dans la bibliographie, en appendice 1 ; notamment le document de Médecins Sans Frontières (1997).
13. **Résistance aux médicaments** : dans certains cas, il faudra mener des études pour évaluer la résistance des agents pathogènes aux médicaments.
14. **Enterrement** : voir la note de référence 5 sur les dépouilles mortelles, à la norme 2 d'évacuation des déchets solides, Approvisionnement en eau et assainissement, au chapitre 1.

Notes

1. Les notes relatives à la lutte contre les maladies diarrhéiques (dysenterie et choléra), les infections respiratoires aiguës, la rougeole et le paludisme sont tirées et adaptées de l'article intitulé *Control of Infectious Diseases in Refugee and Displaced Populations in Developing Countries (Contrôle des maladies infectieuses chez les réfugiés et les populations déplacées dans les pays en développement)*, publié par C. Paquet et G. Hanquet dans le Bulletin de l'Institut Pasteur, Paris, 1998, 96, p. 3-14.

2. Adapté de *Guidelines for HIV Interventions in Emergency Settings, (Principes directeurs pour les interventions contre le VIH, en situation d'urgence)* publié par ONUSIDA en 1996, réimprimé en 1998.

4 Services médicaux

Norme 1 de services médicaux : soins appropriés

Les soins médicaux d'urgence, pour une population sinistrée, reposent à la fois sur une évaluation initiale et sur les données obtenues dans le cadre d'un système d'information sur la santé. Les soins médicaux dispensés contribuent à réduire les taux de mortalité et de morbidité.

Indicateurs clés

- Les interventions sont conçues pour répondre aux principales causes de mortalité, morbidité et blessures excessives.
- Si possible, les autorités sanitaires locales dirigent l'initiative menée dans le domaine des soins de santé et les établissements médicaux locaux sont utilisés et renforcés par les agences participant à l'action d'assistance humanitaire. Dans le cas contraire, un organisme externe dirige l'action, collabore avec les services existants (qui peuvent avoir besoin d'un soutien important) et coordonne les efforts des services engagés dans l'action d'assistance.
- Toutes les agences participant à l'action d'assistance humanitaire acceptent de coordonner leur action avec celle de l'autorité sanitaire chargée de diriger l'action et qui a été désignée à l'issue de l'évaluation initiale.
- Le système des soins médicaux est en mesure de répondre à une forte demande.
- Le système des soins médicaux est assez souple pour s'adapter aux changements signalés par le biais du système d'information sur la santé.

Norme 2 de services médicaux : réduction de la morbidité et de la mortalité

Les soins médicaux dispensés en cas d'urgence obéissent aux principes concernant les soins de santé primaire (SSP) et visent les problèmes responsables de surmorbidité et de surmortalité.

Indicateurs clés

- Dans le domaine des soins médicaux d'urgence, les interventions se déroulent au travers du système de soins de santé primaires, lorsque celui-ci existe. Ce système intervient aux niveaux suivants :
 - famille,

- communauté (agents de santé communautaire et infirmières visitant à domicile compris),
- établissements de soins périphériques (dispensaires, antennes médicales, etc.),
- établissements de soins centraux (centres de santé),
- hôpital recommandé pour la prise en charge.
- Les interventions médicales se situent au niveau approprié du système de soins de santé primaires. Chaque situation d'urgence ne nécessite pas de faire intervenir tous les échelons de soins et c'est lors du bilan initial que cela pourra être établi. S'il n'existe pas de système local de soins médicaux, seuls les niveaux nécessaires pour prévenir une surmortalité et une surmorbidity sont mis en place.
- Les soins médicaux d'urgence, y compris le traitement des blessures et des maladies, sont prodigués à la population principalement à l'échelon de la communauté. Certains traitements sont dispensés dans les établissements de soins et un nombre restreint de cas graves sont orientés sur les hôpitaux recommandés pour cette prise en charge.
- La dotation en personnel, à chaque niveau du système de soins de santé primaires, permet de répondre aux besoins de la population ; seuls les échelons nécessaires pour réduire les taux de mortalité et de morbidité sont mis à contribution ou en place.
- Dans toute la mesure du possible, des professionnels de la santé faisant partie de la population sinistrée sont intégrés dans les services médicaux. Les agents de vulgarisation sont choisis parmi les membres de la communauté ; ils reflètent le profil démographique et culturel de la population, tel qu'il a été déterminé lors de l'évaluation initiale.
- Tous les prestataires de soins médicaux acceptent d'utiliser les procédures normalisées en matière de diagnostic et de traitement des maladies prioritaires, responsables de surmortalité et de surmorbidity.
- Les nouvelles trousse médicales d'urgence (1/10.000 personnes) sont utilisées au début de l'intervention ; par la suite, les médicaments nécessaires sont commandés, en se conformant à la liste de médicaments essentiels recommandée par l'OMS.
- Le montage de service initial minimal (Minimum Initial Service Package ou MISP) est utilisé dès le début de l'intervention pour répondre aux besoins de santé génésique de la population.
- Les dons de médicaments non sollicités qui ne sont pas conformes aux directives correspondantes, ne sont pas utilisés et sont éliminés sans danger.
- Des précautions générales permettant de prévenir et d'endiguer la propagation des infections sont enseignées et mises en pratique.

- Des moyens de transport adéquats sont organisés pour les patients qui doivent être transférés dans des établissements médicaux recommandés pour leur prise en charge.

Notes de référence

1. **Disponibilité de services** : les soins médicaux d'urgence sont à la disposition des personnes sinistrées, ainsi que de la population d'accueil s'il s'agit d'une situation de groupes déplacés. La géographie, l'appartenance ethnique, les traits caractéristiques de chaque sexe au sein de la population affectée doivent être pris en compte lors des interventions.
2. **Les services fournis aux différent niveaux du système de soins de santé primaires englobent habituellement les prestations ci-après.**
 - **Au niveau de la famille** : certains soins — préventifs et curatifs — sont fournis par la famille elle-même, par des proches ou par des agents de santé communautaire ; il s'agit notamment de la prise de médicaments et de l'administration de sels de réhydratation.
 - **Au niveau de la communauté** : collecte de données, administration de sels de réhydratation, respect des protocoles de traitement, visites à domicile et détection des cas, orientation des patients sur les établissements de prise en charge, promotion de la santé, éducation sanitaire et information.
 - **Au niveau des établissements périphériques** : services ambulatoires (premier niveau), administration de sels de réhydratation, pansements, orientation des patients vers l'échelon supérieur de soins, collecte des données et vaccinations.
 - **Au niveau des établissements de soins centraux** : diagnostics ; services ambulatoires (premier niveau et aiguillage sur établissement) ; pansements et injections ; administration de sels de réhydratation ; service des urgences ; accouchements sans complications, santé génésique (dont planning familial, soins maternels et infantiles, soins prénataux, et traitement et conseil en matière d'agressions sexuelles et de violences perpétrées contre les femmes, maladies sexuellement transmissibles, infection par le VIH et le SIDA) ; petite chirurgie ; pharmacie ; surveillance épidémiologique ; hospitalisation de base ; transfert sur hôpital ; parfois : laboratoire, transfusions et programme de vaccination contre la rougeole.
 - **Au niveau de l'hôpital recommandé pour la prise en charge** : chirurgie ; graves cas d'urgence en obstétrique ; laboratoire recommandé.

3. **Prévention de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale par les moyens suivants** : mettre sur pied des services pré-nataux pour faire face aux urgences d'obstétrique ; mettre à disposition et distribuer des trousse d'accouchement stériles ; vérifier que les trousse TBA de l'UNICEF destinées aux sages-femmes ou que les trousse d'urgence de l'UNFPA pour la santé génésique sont disponibles dans les dispensaires. Les prestataires de soins doivent prévoir ce qu'il faut pour fournir des services de santé génésique complets en désignant des sites qui permettront d'assurer ces prestations à l'avenir.
4. **Effectifs** : la dotation en personnel peut varier selon les niveaux du système de soins de santé primaires. Les principes directeurs ci-après sont tirés de l'ouvrage de Médecins sans frontières, intitulé *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations (Santé des réfugiés, approche en situation d'urgence)*.
 - **Au niveau de la communauté** : 1 infirmière visitant à domicile pour 500 à 1.000 personnes ; une sage-femme traditionnelle pour 2.000 personnes ; 1 superviseur pour 10 infirmières se déplaçant à domicile et 1 responsable.
 - **Au niveau des établissements périphériques (pour environ 10.000 personnes)** : au total, de 2 à 5 agents, dont au minimum 1 agent de santé qualifié (base : 1 personne/50 consultations par jour) ; une personne formée localement chargée des traitements de réhydratation orale, des pansements, de l'inscription des patients, etc.
 - **Au niveau des établissements de soins centraux (pour environ 50.000 personnes)** : 1 médecin pour les diagnostics, 1 agent de santé (50 consultations/jour) ; 1 agent de santé pour 20 à 30 lits (par postes de 8 heures) ; 1 agent chargé d'administrer des sels de réhydratation ; 1 ou 2 personnes affectées à la pharmacie ; 1 à 2 personnes pour les pansements, les injections, la stérilisation. Personnel non médical : 1 à 2 secrétaires ; 1 à 3 gardes (par postes de 8 heures) ; préposés au nettoyage.
 - **Au niveau de l'hôpital recommandé pour les soins** : variable, mais au moins 1 médecin ; 1 infirmière pour 20 à 30 lits (par postes de 8 heures).
5. **Montage de service initial minimum (Minimum Initial Service Package ou MISP)** : le MISP a les fonctions suivantes : prévenir les agressions sexuelles et remédier aux conséquences de ces actes,

réduire la transmission du virus VIH, prévenir la surmortalité et la surmortalité néonatale et maternelle et prévoir la mise à disposition de services de santé génésique complets. Le MISP doit être mis en oeuvre par des effectifs dûment formés, dès le début de l'intervention d'urgence. Sa mise en place doit être coordonnée avec d'autres agences et secteurs et prévoir ce qui suit : modalités de compte rendu des cas d'agression sexuelle aux services de santé, fourniture d'articles de protection générale (gants, vêtements et mode d'élimination des objets acérés), de quantités suffisantes de préservatifs à la population sinistrée et de trousse d'accouchement stériles.

6. **Précautions générales** : dans le but d'empêcher ou de limiter la propagation des infections, elles doivent inclure des mesures de nature à réduire la transmission du VIH. Les agents de santé auront peut-être besoin de formation ou de recyclage dans ce domaine. (Voir également la norme 2 de lutte contre les maladies transmissibles, enquêtes et mesures, note de référence 7, prévention de l'infection par le VIH).
7. **Services de santé locaux renforcés** : tout au long de la situation d'urgence, et au-delà, les agences humanitaires doivent avoir pour objectif de renforcer les services de santé locaux plutôt que de mettre sur pied des services distincts. (Voir la norme 3 sur les capacités en ressources humaines et la formation, capacités locales).
8. **Utilisation des établissements médicaux** : il faut prendre en considération les facteurs susceptibles de peser sur le recours et l'utilisation des établissements médicaux par les patients. Cela peut inclure des raisons d'ordre culturel et, en situation de conflit, des préoccupations touchant à la sécurité. Bien que l'apport impartial de soins devrait être considéré comme un acte neutre, les groupes belligérants ne le perçoivent pas toujours ainsi, ce qui peut faire de ces établissements une cible d'attaque. Le choix du site et des effectifs de ces installations doit tenir compte de ce risque dans toute la mesure du possible.

Note

Il importe de noter que les membres de Caritas Internationalis ne peuvent appuyer : les termes de la note de référence 7 (norme 2) relatifs à la lutte contre les maladies transmissibles par voie d'accès aux préservatifs ainsi que la partie de la note de référence 5 (norme 2) sur les services médicaux portant sur le montage de service initial minimum (MISP).

5 Capacités en matière de ressources humaines et formation

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

Norme 1 de capacité : compétence

Les interventions de santé sont exécutées par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requises pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

Indicateurs clés

- Tout le personnel oeuvrant à une intervention de santé est informé du but visé et des méthodes à suivre pour mener les activités qui lui ont été confiées.
- Les responsables, tant les techniciens que gestionnaires, ont accès à des moyens pouvant leur permettre d'étayer les décisions prises et d'en vérifier le bien-fondé.
- L'évaluation initiale, la conception des interventions et les décisions techniques essentielles sont confiées à du personnel possédant les qualifications techniques requises (épidémiologie, eau, assainissement, denrées alimentaires, nutrition, abris, compétences dans le domaine des soins) ainsi que l'expérience de situations d'urgence.

- Des consignes détaillées sont communiquées au personnel et aux volontaires participant à la surveillance épidémiologique (qu'il s'agisse de dresser un bilan, d'assurer le suivi ou d'analyser) et ces effectifs font l'objet d'une supervision régulière.
- Les effectifs chargés de la lutte contre les maladies transmissibles et des interventions de santé dans la population sinistrée ont de l'expérience ou une formation dans ce domaine et sont régulièrement supervisés afin de vérifier qu'ils maîtrisent protocoles, principes directeurs et procédures de traitement.
- Le personnel et les volontaires sont conscients des disparités entre les sexes qui existent dans la population concernée. Ils connaissent la marche à suivre pour signaler les cas d'agression sexuelle.
- L'introduction de nouvelles fournitures médicales ou d'un nouvel équipement s'accompagne d'explications complètes et d'une supervision.
- Le personnel chargé du programme de vaccination peut démontrer qu'il est capable d'assumer cette tâche, notamment pour ce qui est de conseiller les bénéficiaires de l'assistance sur le vaccin, ses éventuels effets secondaires, et de diffuser d'autres messages pertinents.
- Les procédures de soins médicaux visant certains groupes cibles reposent sur des directives et des protocoles énoncés clairement et par écrit.
- Le traitement des cas graves de maladie ou de blessure est supervisé par un praticien possédant les qualifications et l'expérience médicales requises et ayant bénéficié d'une formation spécifique dans le domaine concerné.
- Les agents de santé, les préposés aux programmes de nutrition et/ou les membres des antennes mobiles qui sont en contact avec des personnes souffrant de malnutrition modérée, ou avec les personnes qui leur prodiguent des soins (à domicile, dans les centres nutritionnels, dans les dispensaires, etc.) démontrent qu'ils sont capables d'assurer conseils et soutien appropriés.
- Le personnel de santé démontre qu'il est capable de conseiller les mères et les prestataires de soins en matière d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, ainsi que d'autres pratiques prioritaires.

Norme 2 de capacité : soutien

Les membres de la population sinistrée reçoivent un soutien qui leur permet de s'adapter à leur nouvel environnement et de tirer le meilleur parti possible de l'aide qu'il leur est offerte.

Indicateurs clés

- Les prestataires de soins sont informés des activités prioritaires en matière de prévention (nécessité des vaccinations, utilisation de savon, de moustiquaires, des latrines et adoption de comportements propices à un bon état de santé).
- Tous les membres de population affectée par la situation d'urgence savent que des agents de santé communautaire et des infirmières se déplaçant à domicile sont disponibles et connaissent le lieu où se trouvent les établissements médicaux.

Norme 3 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et renforcées par le biais des interventions d'urgence dans le domaine de la santé.

Indicateurs principaux

- Des praticiens locaux, des agents de santé, des responsables ainsi que d'autres membres (hommes et femmes) de la population sinistrée sont associés aux interventions dans le domaine de la santé.
- Les effectifs comprennent l'importance de renforcer les capacités locales, aux fins d'en tirer des bénéfices à long terme.
- Les compétences des partenaires, des institutions et de la population de la localité sont mises à profit et renforcées pendant le déroulement du programme d'assistance humanitaire.
- Les agents de vulgarisation de la communauté suivent une formation.

Notes de référence

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

2. **Lien avec la nutrition** : voir également Nutrition, norme 2 de capacités en matière de ressources humaines et de formation, au chapitre 2.
3. **Effectifs** : le personnel et les volontaires doivent faire montre de compétences à la hauteur des tâches qui leur sont assignées. Ils doivent aussi connaître les éléments clés des conventions sur les droits de la personne humaine, le droit humanitaire international ainsi que les *principes directeurs sur le déplacement des personnes à l'intérieur de leur pays* (voir la Charte humanitaire).

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

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

Appendice 1

Bibliographie choisie

Bilan initial de santé

IFRC (1997), Handbook for Delegates. Needs Assessment, Targeting Beneficiaries. (*Manuel à l'usage des délégués. Bilan des besoins, cibler les bénéficiaires*). Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Genève.

MSF (1996), *Evaluation rapide de l'état de santé d'une population déplacée ou réfugiée*. Médecins Sans Frontières. Paris.

RHR Consortium (1997), Refugee Reproductive Health Needs Assessment Field Tools. (*Outils de terrain aux fins d'évaluer les besoins de santé génésique des réfugiés*). Reproductive Health for Refugees Consortium. New York.

WHO (1999), Rapid Health Assessment Protocols for Emergencies. (*Protocoles d'évaluation rapide de l'état de santé, en cas d'urgence*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

UNHCR (1994), People-Oriented Planning at Work : Using POP to Improve UNHCR Programming. (*A l'oeuvre : la programmation axée sur les personnes, un outil pour améliorer les interventions du HCR*). HCR. Genève.

Système d'information sur la santé

WHO (1997), Communicable Disease Surveillance Kit. (*Trousse de surveillance des maladies transmissibles*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1999), Recommended Surveillance Standards (WHO/CDS/ISR/99.2). (*Recommandations en matière de normes de surveillance épidémiologique*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

Lutte contre la rougeole

WHO (1997), Immunization in Practice. A Guide for Health Workers Who Give Vaccines. (*Immunisation dans la pratique. Guide à l'intention des agents de santé administrant des vaccins*). Macmillan. Londres.

WHO (1998), Integration of Vitamin A Supplementation With Immunization : Policy and Programme Implications (WHO/EPI/GEN/98.07). (*Intégration de suppléments de vitamine A dans un programme de vaccination : répercussions sur le plan des principes et du programme*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1996), Safety of Injections in Immunization Programs. WHO

Recommended Policy. (WHO/EPI/LHIS/96.05). (*Inocuité des injections dans les programmes de vaccination. Principes recommandés par l'OMS*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1997), Surveillance of Adverse Events Following Immunization. (WHO/EPI/TRAM/93.02 Rev.1). (*Surveillance des effets néfastes d'une vaccination*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

Lutte contre les maladies transmissibles

Benenson, A S (1995), Control of Communicable Diseases in Man. (*Lutte contre les maladies transmissibles chez l'être humain*). American Public Health Association. Washington. 16ème édition.

ONUSIDA (1998), Guidelines for HIV Interventions In Emergency Settings. (*Principes directeurs pour les interventions anti-VIH en situation d'urgence*). ONUSIDA. Genève.

Services de soins de santé

MSF (1993), Clinical Guidelines, Diagnostic and Treatment Manual. (*Principes directeurs cliniques, manuel de diagnostic et de traitement*). Médecins Sans Frontières. Paris.

MSF (1997), Refugee Health, An Approach to Emergency Situations. (*Santé des réfugiés, approche en situation d'urgence*). Macmillan. Londres.

Perrin, P (1996), War and Public Health. Handbook on War and Public Health. (*Guerre et santé publique. Manuel sur la guerre et la santé publique*). Comité international de la Croix-Rouge. Genève.

UNDP/IAPSO (1999), Emergency Relief Items, Compendium of Basic Specifications. (*Articles utiles en cas d'urgence, compendium de spécifications générales*). Programme des nations unies pour le développement. New York.

UNFPA (1998), The Reproductive Health Kit for Emergency Situations. (*Trousse de santé génésique pour les situations d'urgence*). United Nations Population Fund Emergency Relief Operations. Genève.

UNHCR (1999), Reproductive Health in Refugee Situations : An Inter-agency Field Manual. (*Santé génésique en situation de réfugiés : manuel de terrain interagences*). Haut commissariat des nations unies pour les réfugiés. Genève.

UNCHR (1996), Sexual Violence Against Refugees : Guidelines on Prevention and Response. (*Agressions sexuelles contre des réfugiés : principes directeurs de prévention et d'intervention*). Haut commissariat des nations unies pour les réfugiés. Genève.

WCRWC (1999), Sexual Violence in the Kosovo Crisis : A Synopsis of UNHCR Guidelines for Prevention and Response. (*Agressions sexuelles lors de la crise du Kosovo : synopsis des principes directeurs du HCR en matière de prévention et d'intervention*). Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

WHO (1999a), Guidelines for Drug Donations (WHO/EDM/PAR/99.4). (*Principes directeurs en matière de donations de médicaments*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1999b), Guidelines for Safe Disposal of Unwanted Pharmaceuticals in and after Emergencies (WHO/EDM/PAR/99.2). (*Principes directeurs aux fins d'élimination sans danger de produits pharmaceutiques indésirables pendant et après une urgence*). Organisation mondiale de la santé, Genève.

WHO (1998) HIV/AIDS and Health Care Personnel : Policies and Practices. (*Effectifs de lutte contre le VIH/SIDA et agents de santé : principes et pratique*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1998), The New Emergency Health Kit 1998. Lists of Drugs and Medical Supplies for 10,000 people for approximately three months. (*Nouvelle panoplie médicale en situation d'urgence. Liste de médicaments et de fournitures pour 10.000 personnes environ, trois mois durant*). Organisation mondiale de la santé, Genève.

UNHCR/WHO(1996), Guidelines for Drug Donations. (*Principes directeurs en matière de donations de médicaments*). Organisation mondiale de la santé et Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés. Genève.

WHO (1998), Essential Drugs. WHO Model List (revised in December 1997), (*Médicaments essentiels, liste type de l'OMS – révisée en décembre 1997*). WHO Drug Information Vol 12, No 1. Organisation mondiale de la santé. Genève.

WHO (1997), WHO Drug Information. Recommended INN list. International Non-proprietary Names for Pharmaceutical Substances. Vol I-III. (*Informations sur les médicaments de l'OMS. Liste d'appellations non déposées pour les substances pharmaceutiques*). Organisation mondiale de la santé. Genève.

Ressources humaines

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

Disparités entre les sexes

WCRWC/UNICEF (1998), The Gender Dimensions of Internal Displacement. (*Dimensions en rapport avec les disparités entre les sexes en matière de déplacement dans un même pays*). Women's Commission for Refugee Women and Children. New York.

Appendice 2

Premier constant sanitaire – liste de contrôle type

(Adapté de CDC (1992), Famine-Affected, Refugee, and Displaced Populations : Recommendations for Public Health Issues. (*Populations affamées, réfugiées et déplacées : recommandations en rapport avec la santé publique*). MMWR (RR-13), juillet).

Préparatifs

- Se procurer les renseignements disponibles sur la population sinistrée et sur les ressources à disposition auprès des ministères et organismes du pays hôte.
- Se procurer les cartes ou photographies aériennes disponibles.
- Se procurer les données démographiques et sanitaires pertinentes auprès des organisations internationales.

Bilan sur le terrain

- Déterminer le nombre total de personnes sinistrées ainsi que le pourcentage d'enfants âgés de moins de 5 ans.
- Ventiler la population par tranches d'âge et par sexe.
- Déterminer les groupes exposés à des risques accrus.
- Déterminer la taille moyenne des foyers et estimer le nombre de familles dirigées par des femmes ou des adolescents.

Informations sur la santé

- Définir les problèmes de santé primaire dans le pays d'origine, lorsqu'il y a des réfugiés.
- Définir les problèmes de santé primaire dans la zone sinistrée, lorsqu'il n'y a pas de réfugiés.
- Définir quelles étaient les sources, avant la catastrophe, de soins médicaux.
- Déterminer quelles sont les croyances, traditions et pratiques importantes dans le domaine de la santé.

- Déterminer la structure sociale ainsi que les dimensions psychosociales de la situation.
- Déterminer quels sont les points forts et le taux de couverture des programmes de santé publique locaux, dans le pays d'origine des personnes sinistrées.

Etat nutritionnel de la population

- Déterminer la prévalence de malnutrition protéino-énergétique (MPE) chez les enfants âgés de moins de 5 ans.
- Déterminer quel était l'état nutritionnel antérieur de la population.
- Déterminer les pratiques de distribution hiérarchique des aliments et leur impact sur l'état nutritionnel des femmes et des différents groupes sociaux et groupes d'âge.
- Déterminer la prévalence de carences en micronutriments chez les enfants âgés de moins de 5 ans.

Taux de mortalité

- Calculer le taux global de mortalité (taux brut de mortalité - TBM).
- Calculer le taux de mortalité des moins de 5 ans (taux de mortalité spécifique chez les enfants âgés de moins de 5 ans).
- Calculer le taux de mortalité lié à des causes déterminées.

Morbidité

- Déterminer l'incidence, par sexe et par tranche d'âge, des principaux troubles et maladies constituant des problèmes de santé publique, y compris ceux liés à des agressions sexuelle ou au viol.

Environnement

- Déterminer les conditions climatiques ; définir les caractéristiques géographiques de la région ; vérifier l'épidémiologie locale ; évaluer les conditions d'accès à la population affectée ; évaluer le degré d'insécurité et de violence.
- Évaluer - à l'échelon local, régional et national - l'approvisionnement alimentaire (quantité, qualité, types), les systèmes de distribution, la coordination et les services offerts par les organisations déjà actives, la logistique du transport et de l'entreposage des denrées alimentaires, les programmes d'alimentation et l'accès au marché local.

- Évaluer les conditions d'hébergement et la disponibilité de matériaux locaux pour la construction des abris, l'accès, la superficie des terres et des sites de construction disponibles, la topographie et le drainage du terrain ; évaluer les disponibilités en couvertures, vêtements, ustensiles ménagers, combustible, bétail et argent.
- Localiser et évaluer les sources d'eau (quantité, qualité) ainsi que les possibilités de transport et de stockage.
- Évaluer la situation sur le plan de l'assainissement (traitement des excréta, utilisation de savon, vecteurs et rats, cimetières).

Moyens à disposition

- Définir et évaluer les services de santé locaux, notamment : accès aux établissements de soins, personnel de santé, interprètes, types d'établissements, structures, eau, réfrigération, présence de générateurs dans les établissements de soins, approvisionnement en médicaments et vaccins.

Logistique

- Évaluer les conditions de transport, le carburant à disposition, les conditions de stockage des denrées alimentaires, des vaccins et autres fournitures et, enfin, les moyens de communication.

Appendice 3

Formulaire type à utiliser pour les rapports hebdomadaires

(Le formulaire qui sera effectivement utilisé doit reposer sur les conclusions et recommandations de l'évaluation initiale)

Site : _____ Date : du _____ au _____

1. Population sinistrée

- A. Nombre total de personnes en début de semaine : _____
- B. Nombre de naissances cette semaine : _____
Nombre de décès cette semaine : _____
- C. Nombre d'arrivées cette semaine (le cas échéant) : _____
Nombre de départs cette semaine : _____
- D. Nombre total de personnes en fin de semaine : _____
- E. Nombre total d'enfants de moins de 5 ans : _____

2. Mortalité

Nombre de décès	0-4 ans		+ 5 ans		Total
	S. masculin	S. féminin	S. masculin	S. féminin	
Maladies diarrhéiques					
Maladie respiratoire					
Malnutrition					
Rougeole					
Paludisme					
Facteurs maternels					
Divers – Facteurs inconnus					
Total par âge et par sexe					
Total < 5 ans					

Taux moyen de mortalité : M _____ F _____ Total _____
(Nombre de décès / 10.000 personnes / jour, moyenne hebdomadaire)
ventilé par sexe + tranche d'âge

Taux de mortalité moyen des moins de cinq ans : M _____ F _____ Total _____
(Nombre de décès / 10.000 personnes / jour, moyenne hebdomadaire)

3. Morbidité

Symptômes principaux/ diagnostic	0-4 ans		+ 5 ans		Total
	S. masculin	S. féminin	S. masculin	S. féminin	
Diarrhée-déshydratation					
Fièvre avec toux					
Fièvre et frissons / paludisme					
Rougeole					
Traumatisme / accident					
Méningite suspectée					
Choléra suspecté					
Divers / Facteurs inconnus					
Total					

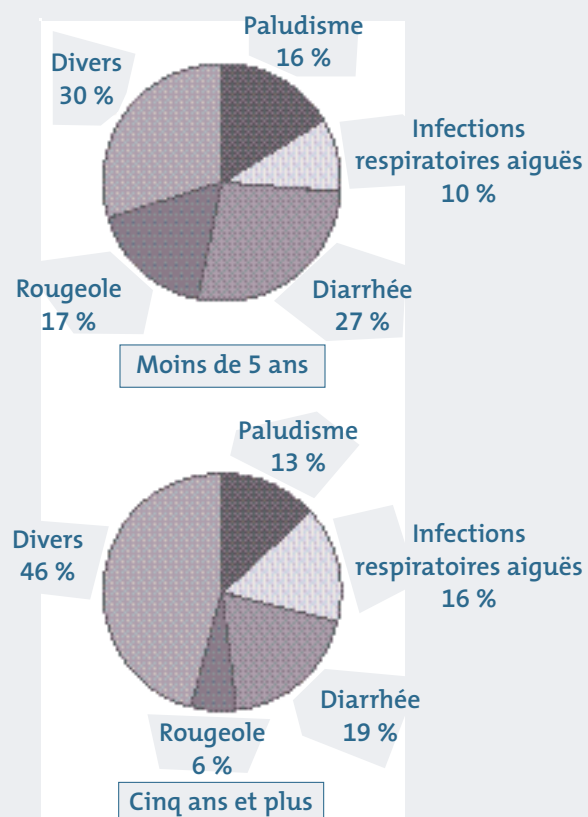
4. Observations :

(Veuillez noter que ce formulaire peut inclure des taux de morbidité et de mortalité par tranches d'âge, ce qui serait utile pour le système d'informations sur la santé. Dans ce cas, il est conseillé d'utiliser la ventilation suivante : <1, 1-4, 5-14, 15-44, + 45.)

Appendice 4

Exemple de statistiques sur la mortalité

Ventilation de la mortalité parmi les Mozambicains réfugiés au Malawi, 1987-89



Source : MSF (1997), Refugee Health, An Approach to Emergency Situations. (Santé des réfugiés. Approche en situation d'urgence). Macmillan. Londres.

Appendice 5

Formulaire type de vaccination contre la rougeole

Lieu _____ Signalé par _____

De _____ / _____ / _____ A _____ / _____ / _____
(jour) (mois) (année) (jour) (mois) (année)

- Campagne de vaccination de masse contre la rougeole

Oui ☐

Non ☐

- Vaccination courante contre la rougeole en dispensaire

Oui ☐

Non ☐

- Taux de couverture de la vaccination contre la rougeole

Population cible :
Moins de 5 ans _____ Plus de 5 ans _____
Population cible totale : _____

Nombre de personnes vaccinées	Campagne de masse A		Vaccination courante B		Taux de couverture cumulatif de vaccination contre la rougeole*
	Nombre de personnes cette semaine	Nombre total	Nombre de personnes cette semaine	Nombre total	
Moins de 5 ans					
5 ans et plus					
TOTAL					

* Calcul des taux cumulés de couverture : Population cible A + B

Observations : _____

N.B. Vous pouvez aussi vous servir de ce formulaire pour une autre campagne de vaccination de masse, il vous suffit d'en changer le nom.

Source : MSF (1997), Refugee Health, An Approach to Emergency Situations. (Santé des réfugiés. Approche en situation d'urgence). Mcmillan. Londres.

Appendice 6

Formulaires types sur l'approvisionnement en eau, l'assainissement et l'espace disponible par personne

(N.B. : il convient d'adapter ces formulaires à votre situation en vous basant sur les recommandations de l'évaluation initiale).

Lieu _____ Signalé par _____

De ____ / ____ / ____ A ____ / ____ / ____
(jour) (mois) (année) (jour) (mois) (année)

• Eau

	Nombre de litres par jour	Population	Nombre de litres par personne par jour	Objectif
Approvisionnement en eau				

	Nombre de points d'eau	Population	Nombre de personnes par point d'eau	Objectif
Approvisionnement en eau				

• Assainissement

	Nombre de latrines	Population	Nombre de personnes par latrine	Objectif
Latrines				

• Espace disponible par personne (degré de surpeuplement)

	Superficie en m²	Population	m² par personne	Objectif
Degré de surpeuplement				

Observations : _____

Source : MSF (1997), *Refugee Health, An Approach to Emergency Situations*. (Santé des réfugiés. Approche en matière de situation d'urgence). Macmillan. Londres.

Appendice 7

Formulaire type de compte rendu sur une agression sexuelle

(N.B. : il convient d'adapter ce formulaire à votre situation donnée).

CONFIDENTIEL

Formulaire de compte rendu sur une agression sexuelle

Camp : _____ Agent faisant rapport de l'agression : _____

Date : _____

1. Victime

Code* : _____ Date de naissance : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Etat civil : _____

Si la victime est mineure : Code / Noms des parents / tuteurs : _____

2) Compte rendu de l'agression :

Lieu : _____ Date : _____ Heure : _____

Description de l'agression (caractériser l'attaque) :

Personnes impliquées : _____

3. Mesures prises

Examen médical effectué ☐ oui ☐ non ☐ Par qui : _____

Conclusions majeures et traitement administré : _____

Effectifs de protection avertis : ☐ oui ☐ non

Dans la négative, raisons invoquées : _____

Dans l'affirmative, mesures prises : _____

Conseil psychosocial prodigué : ☐ oui ☐ non

Par qui et mesures prises : _____

4. Etapes suivantes proposées

5. Plan de suivi

☐ Suivi médical : _____

☐ Conseil psychosocial : _____

☐ Poursuites judiciaires : _____

* Il est préférable de se servir de numéros de code plutôt que de noms, pour préserver le caractère confidentiel du compte rendu.



Partie 3 :

Annexes

1 Glossaire de mots clés

Ce glossaire définit des mots clés employés dans la charte humanitaire et dans les normes minimales à respecter dans les interventions en cas de catastrophe.

Acteur humanitaire

Organisation soutenant les activités d'aide humanitaire.

Agence humanitaire

Organisation non gouvernementale locale ou internationale, organisme des Nations unies ou institution donatrice dont les activités servent l'aide humanitaire.

Assistance humanitaire

Mise en place de conditions de base pour répondre aux besoins des personnes aux fins d'un approvisionnement en eau, d'assainissement, de nutrition, d'aide alimentaire, d'abris et de soins médicaux suffisants.

Assistance impartiale

Assistance fournie exclusivement en fonction du besoin, sans considération de race, croyance, nationalité, sexe âge, ou incapacité physique ou mentale des bénéficiaires.

Autorités locales

Gouvernement ou dirigeants reconnus comme détenant le contrôle du pays ou de la région où se trouve la population sinistrée.

Catastrophe

Situation dans laquelle, à la suite d'une catastrophe naturelle ou d'origine humaine, une population est privée des moyens dont elle dispose habituellement pour vivre dignement.

Effectifs

Employés des agences d'assistance humanitaire.

Gouvernement hôte

Gouvernement du pays où se déroule l'action d'assistance humanitaire.

Groupes à risque

Personnes considérées comme étant exceptionnellement vulnérables.

Indicateur

Ce sont des “signaux” qui permettent d'établir si l'on a, ou non, respecté la norme. Ils constituent un moyen de mesurer – et de faire connaître – à la fois l'impact réel (ou le résultat) des programmes ainsi que le processus (ou les méthodes) mis en oeuvre. Ces indicateurs peuvent être qualitatifs ou quantitatifs.

Norme minimale

Degré minimum (de service) à atteindre en matière d'assistance.

Parties prenantes

Toute personne affectée par l'aide humanitaire ou pouvant affecter le cours de ces prestations d'assistance.

The humanitarian principle (Principe humanitaire)

Prévention et amoindrissement de la souffrance, protection de la vie et de la santé et respect de la dignité humaine.

Personnes / population affectée(s) par une catastrophe, sinistrée(s)

Ensemble des individus – restés sur place ou déplacés – dont la vie et/ou la santé sont menacées par une catastrophe.

Principe humanitaire

Prévention et amoindrissement de la souffrance, protection de la vie et de la santé et respect de la dignité humaine.

Rôles attribués aux sexes (disparités entre les sexes)

Ce mot (gender en anglais) caractérise les rôles que la société attribue aux deux sexes ainsi que les attitudes et les valeurs qu'une collectivité estime appropriées pour les hommes et les femmes. Ce terme ne définit pas les caractéristiques sexuelles biologiques permettant de distinguer l'homme et la femme.

Transparence

Esprit d'ouverture et d'accessibilité des agences humanitaires, de leurs systèmes et informations.

Violence sexuelle

Toute forme de menace, d'agression, de violence familiale, d'ingérence et d'exploitation à caractère sexuel, y compris la prostitution involontaire, le viol de mineur et les maltraitances, sans qu'il y ait nécessairement préjudice ou pénétration physique.

2 Sigles

ACC/SCN: United Nations Administrative Committee on Coordination/ Subcommittee on Nutrition (Comité administratif de coordination des Nations unies / Sous-comité de la nutrition)

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)

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

DAC: Development Assistance Committee (OECD) (Comité d'aide au développement, OCDE)

FAO: Food and Agriculture Organization (Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture)

IAPSO: Inter-Agency Procurement Services Office (UNDP) (Bureau des services d'achat interagences, (PNUD)

ICRC: International Committee of the Red Cross (Comité international de la Croix-Rouge)

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

LWF: The Lutheran World Federation (Fédération luthérienne mondiale)

MISP: Minimum Initial Service Package (Montage de service initial minimal)

MSF: Médecins Sans Frontières

NCHS: National Centre for Health Statistics (Centre national de statistiques sur la santé)

NGO: Non-Governmental organisation (Organisation non gouvernementale, (ONG)

OCHA: UN Office for Coordination of Humanitarian Affairs (Bureau des Nations unies pour les affaires humanitaires)

OECD: Organization for Economic Cooperation and Development (Organisation pour La coopération et le développement économiques)

OFDA: Office of Foreign Disaster Assistance (USAID) (Bureau de l'assistance aux pays étrangers en cas de catastrophe, (USAID)

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

SCHR: Steering Committee for Humanitarian Response (Comité de direction pour l'Action humanitaire)

UNDP: United Nations Development Programme (Programme des Nations unies pour le développement, (PNUD)

UNDRO: United Nations Disaster Relief Organization (Organisation des Nations unies pour les secours en cas de catastrophe)

UNEP: United Nations Environment Programme (Programme des Nations unies pour l'environnement)

UNHCR: United Nations High Commissioner for Refugees (Haut commissariat des Nations unies pour les réfugiés)

UNICEF: United Nations Children's Fund (Fonds des Nations Unies pour l'enfance)

USAID : United States Agency for International Development (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)

WFP: World Food Programme (Programme mondial pour l'alimentation)

WHO: World Health Organization (Organisation mondiale de la santé)

WMO: World Meteorological Organization (Organisation météorologique mondiale)

3 Remerciements

Projet sphere

Effectifs permanents

Président, Comité de gestion du projet - Nicholas Stockton, Oxfam, Royaume-Uni

Coordinateur du projet - Peter Walker, IFRC, Suisse

Chef du projet, Phase I – Susan Purdin, Suisse

Chef du projet, Phase II - Nan Buzard, Suisse

Assistant du projet, Phase II - Catherine Blum, Suisse

Chef de la formation, Phase II - Sean Lowrie, Royaume-Uni

Comité de gestion du projet

James K Bishop, InterAction, Etats-Unis * Peter Hawkins, Save the Children Alliance, Royaume-Uni * Graham Miller, CARE International, Suisse * Jean-Marie Kindermans, MSF International, Belgique * Rebecca Larson, Fédération luthérienne mondiale (LWF), Suisse * Gianni Ruffini, VOICE, Belgique * Nancy Lindborg, Mercy Corps International, Etats-Unis * Miriam Lutz, Action by Churches Together (LWF), Suisse * Gerald Martone, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Joel McClellan, SCHR, Suisse * Pierre Perrin, CICR, Suisse * Ed Shenkenberg, ICVA, Suisse * Karel Zelenka, Caritas Internationalis, Vatican.

Bailleurs de fonds

Outre les contributions apportées par les organisations membres du SCHR et par InterAction, par le biais d'une subvention offerte par la Fondation Ford, 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 * Canadian International Development Agency, Agence du Canada pour le développement international (CIDA) * Danish International Development Assistance (DANIDA), Assistance du Danemark

pour le développement international * United Kingdom Department for International Development (DFID), Département du Royaume-Uni pour le développement international * European Community Humanitarian Office (ECHO), Office humanitaire de la Communauté Européenne * Division pour l'aide humanitaire du ministère des Affaires étrangères des Pays-Bas * Swedish International Development Cooperation Agency, Agence suédoise de coopération pour le développement international (Sidca) * Ministère de Nouvelle-Zélande pour les Affaires étrangères et le Commerce * Swiss Agency for Development and Cooperation (SDC), Agence suisse pour le développement et la coopération * United States Department of State Bureau of Population, Refugees and Migration (US-BPRM), 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 pour le développement international.

Chapitre 1 : Approvisionnement en eau et assainissement

Chef de secteur : John Adams, Oxfam Grande-Bretagne

John Adams et les collaborateurs du projet Sphere souhaitent remercier de son concours le groupe de personnes mentionnées ci-après.

Riccardo Conti, Comité international de la Croix-Rouge, Suisse * Eric Drouart, Action Contre La Faim, France * Jeff Eames, CARE International Royaume-Uni, Royaume-Uni * Denis Heidebroek, MSF Hollande, Pays-Bas * Richard Luff, Oxfam Grande-Bretagne, Royaume-Uni * Uli Jaspers, Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Suisse * Daniel Mora-Castro, Section des programmes et du soutien technique, HCR, Suisse * Claude Rakotomalala, Section des programmes et du soutien technique, HCR, Suisse * Paul Sherlock, Oxfam Grande-Bretagne, Royaume-Uni.

Autres collaborateurs : Astier Almedom, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Faculté d'hygiène et de médecine tropicale de Londres, Royaume-Uni * Andy Bastable, Oxfam, Royaume-Uni * Eveline Bolt, IRC International Water and Sanitation Centre, Centre international pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement, Hollande * Paul

Borsboom, SAWA, Agro Business, Hollande * Bernard Broughton, Relief Development Services Pty, Australie * Sandy Cairncross, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni * Art Carlson, International Rescue Committee, Comité international de secours, Rwanda * M T Chanyowedza, Christian CARE (ACT), Zimbabwe * Desmond Chavasse, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni * Sara Davidson, People In Aid, Royaume-Uni * Tom de Veer, consultant indépendant, Hollande * Florence Descacq, ACF - Côte d'Ivoire, France * Ben Fawcett, Institute of Irrigation Studies, University of Southampton, Institut d'études sur l'irrigation, Royaume-Uni * Suzanne Ferron, consultant indépendant, Royaume-Uni * Tim Foster, RedR International, Suisse * Pierre Fourcassier, ACF - Côte d'Ivoire, France * Banteyehun Haile, American Refugee Committee, Comité américain pour les réfugiés, Rwanda * Alden Hendersen, Health Studies Branch, CDC, National Center for Environmental Health, Branche d'études sur la santé, CDC, Centre national sur la salubrité de l'environnement, Etats-Unis * Robert Hodgson, Université d'Exeter, Royaume-Uni * Mark Hogan, Concern Worldwide, Irlande * Sarah House, Water and Engineering Development Group, Loughborough University of Technology, Groupe de développement sur l'approvisionnement en eau et l'ingénierie, Royaume-Uni * Modhakiru Katakweba, Oxfam, Tanzanie * Vincent Koch, Oxfam Royaume-Uni et Irlande, Angola * Bobby Lambert, RedR, Royaume-Uni * Sue Lim, DRA, Hollande * Peter Lochery, CARE, Etats-Unis * Woldu Mahary, Oxfam, Royaume-Uni * Duncan Mara, Department of Civil Engineering, University of Leeds, Département du génie civil, Royaume-Uni * Laura Marks, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Tom McAloon, International Rescue Committee, Etats-Unis * Bob Reed, Water and Engineering Development Group, Loughborough University of Technology, Royaume-Uni * Philippe Rey, CICR, Suisse * Les Roberts, consultant indépendant, Etats-Unis * David Saunders, IRC International Water and Sanitation Centre, Centre international de l'IRC sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement, Hollande * Stefan Spang, CICR, Suisse * Madeleine Thomson, MALSAT Research Group, Liverpool School of Tropical Medicine, Groupe de recherches MALSAT, Faculté de médecine tropicale de Liverpool, Royaume-Uni * Roger Yates, Oxfam, Tanzanie * MSF Belgique.

Chapitre 2 : Nutrition

Chef de secteur : Lola Gostelow, SCF Royaume-Uni

Chercheur de secteur : Anna Taylor, SCF Royaume-Uni

Lola Gostelow et les collaborateurs du projet Sphere souhaitent remercier les personnes mentionnées ci-après pour le solide concours apporté à la rédaction de ce chapitre :

Ken Bailey, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Rita Bhatia, HCR, Suisse * Annalies Borrel, Concern Worldwide, Irlande * Anne Callanan, Programme mondial pour l'alimentation, Italie * Pieter Dijkhuizen, Programme mondial pour l'alimentation, Italie * Michael Golden, Université d'Aberdeen, Royaume-Uni * Yvonne Grellety, Action Contre La Faim, France * Susanne Jaspars, consultant indépendant, Royaume-Uni * Marion Kelly, Department for International Development, Département pour le développement international, Royaume-Uni * Clare Schofield, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Royaume-Uni * John Seaman, Save the Children Fund, Royaume-Uni * Jeremy Shoham, consultant indépendant, Royaume-Uni * Arnold Timmer, HCR, Suisse * Saskia van der Kam, MSF Hollande, Hollande * Zita Weise-Prinzo, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Helen Young, Oxfam Grande-Bretagne, Royaume-Uni.

Autres collaborateurs : Carla Abou-Zahr, OMS, Suisse * Lesley Adams, Oxfam Grande-Bretagne * Tahmid Ahmed, ICDDR, Bangladesh * David Alnwick, UNICEF * A M M Anisul Anwal, Ministère de la santé et du bien-être familial, Bangladesh * Iqbal Anwar, Radd MCH FP Centre Bangladesh * Judith Appleton, consultante indépendante, Royaume-Uni * Selena Bajraktarevic, UNICEF, Bosnie * Theresa Banda, Ministère de la Santé, Malawi * Hilary Baroi, Church of Bangladesh Social Development Programme, Programme de développement social de l'Eglise du Bangladesh, Bangladesh * George Beaton, consultant indépendant, Canada * Nathan Belete, World Vision * Chris Besse, Merlin, Royaume-Uni * Aminul Haque Bhuyan, Université de Dhaka, Bangladesh * John Borton, Overseas Development Institute, Royaume-Uni * Dominique Bounie, Institut de Lille de l'alimentation et de l'agriculture, France * Francesco Branca, Istituto Nazionale della Nutrizione, Italie * Andre Briend, INSERM, France * Vincent Brown, Epicentre, France * Kate Bruck, Dr Cynthia's Clinic, Thaïlande * Judy Bryson, Africare, Etats-Unis * Ann Burgess, consultant indépendant, Royaume-Uni * Brent Burkholder, CDC, Etats-Unis * Christine Cambrezy, WFP, Somalie * Kathy Carter, Institute of Child Health, Institut de la santé infantile, Royaume-Uni * Jenny Cervinkas, Micronutrients Initiative, Initiative sur les micronutriments, Canada * Gene Charoonruk et Uraiporn Chittchang, Mahidol University, Thaïlande * Françoise Chome, Sustain, Etats-Unis * Ian Christopholos, SIDA, Suède * Ed Clay, Overseas Development Institute, Royaume-Uni * William Clay, FAO, Italy * Graeme Clugston, OMS, Suisse *

Karen Codling, UNICEF, Thaïlande * Bruce Cogill, IMPACT * Marc Cohen, Bread for the World Institute, Institut Pain pour le monde * Steve Collins, consultant indépendant, Royaume-Uni * Suzanne Cotter, OMS, Bosnie * Joanne Csete, UNICEF, Etats-Unis * Ariane Curdy, CICR, Suisse * Helena Dalton, International Rescue Committee, Thaïlande * Frances Davidson, USAID Nutrition Section, division de la nutrition à l'USAID sur la Nutrition, Etats-Unis * Austin Davis, LSE/MSF, Royaume-Uni * Danielle Deboutte, OMS/EHA, Suisse * Vicki Denman, CRS, Etats-Unis * Pat Disket, Cranfield University, Royaume-Uni * Rhoda Eliasi, National Economic Council, Conseil économique national, Malawi * Mendez England, FFP, Etats-Unis * Linda Ethangatta, UNICEF OLS, Kenya * Margie Ferris-Morris, ex-employée de l'USAID, Etats-Unis * Anna Ferro-Luzzi, National Institute of Nutrition, Italie * Lourdes Fidalgo, Ministère de la Santé, Mozambique * Aida Filipovic, Institut de la Santé publique, Sarajevo * Wilma Freire, PAHO, Etats-Unis * David Garms, FFP/USAID, Etats-Unis * Veronique Genaille, HCR, Kenya * Yvonne Grellety, ACF, France * Laura Guimond, Mercy Corps International Child Survival Program, Programme international pour la survie infantile de Mercy Corps, Etats-Unis * Alistair Hallam, Overseas Development Institute, Royaume-Uni * John Hammock, Tufts University, Etats-Unis * Steven Hansch, Refugee Policy Group, Groupe sur la politique en matière de réfugiés, Etats-Unis * Pirkko Heinonen, UNICEF, Somalie * Jeya Henry, Oxford Brookes University, Royaume-Uni * Hege Hetzberg, NORAD, Norvège * Moazzem Hossain, Save the Children Royaume-Uni, Bangladesh * Janet-Marie Huddle, World Vision, Canada * Zahidul Islam, Grameen Health Programme, Programme Grameen sur la santé * Safia Jama, UNICEF, Somalie * Omanic Jasna, Public Health Institute, Institut de Santé publique, Bosnie * Linley Karlton, Uppsala University, Suède * Lawson Kasamale, Croix-Rouge, Malawi * Judit Katona-Apte, WFP, Italie * Kathy Krasovec, USAID, Etats-Unis * Fred Kuhila, Programme Against Malnutrition, Programme de lutte contre la malnutrition, Zambie * Natehalai (Kitty) Lanmg, ARC TRAT, Thaïlande * Bruce Laurence, Merlin, Royaume-Uni * Bernt Lindtjorn, Université de Bergen, Norvège *

Dr Luecha, Ministère de la Santé, Thaïlande * Mary Lung'aho, CRS, Etats-Unis * Jane Macaskill, Nairobi/Somalie * Sharon MacDonall, CDC Nutrition Division, Division de la nutrition du CDC, Etats-Unis * Kandarasee Malanong, Ministère de la Santé publique, Thaïlande * Gabrielle Maritim, Université of Nairobi, Kenya * David Marsh, Save the Children US, Etats-Unis * Rabia Mathai, IFRC, Bangladesh * Fedai Mawlar, Voluntary Health Services Society, Bangladesh * Jenny McMahon, CICR, Kenya * Judiann McNulty, CARE * Cathy Mears, consultante indépendante, Royaume-Uni * David Meek, World Vision, Etats-Unis * Andrea Menefee, International Rescue Committee, Comité international de secours, Thaïlande * Zahra Mirghani, UNHCR, Tanzanie * Sheikh Mohiuddin, Hôpital Ad-din, Bangladesh * Alain Moren, RNSP, Belgique * Saul Morris, IFPRI * Yasmine Motarjemi, WHO, Suisse * Ellen Muehlhoff, FAO, Italie * Chizuru Nishida, OMS, Suisse * Eric Noji, WHO, Suisse * Ted

Okada, Food for the Hungry International, Etats-Unis * Ben Okech, Ministère de la Santé, Kenya * Omawale Omawale, UNICEF, DPRK * OMNI, Etats-Unis, Projet ID * Fiona O'Reilly, Emergency Nutrition Network, Réseau d'urgence pour la Nutrition, Irlande * Christophe Paquet, Epicentre, France * Abe Parvanta, CDC, Etats-Unis * Chris et Monika Pearson, Université d'Uppsala, Suède * Nina Pillai, Overseas Development Institute, Institut pour le développement outremer, Royaume-Uni * Rachel Pinniger, Université de Tribhuvan, Népal * Claudine Prudhon, ACF, France * Randy Purviance, ADRA, Etats-Unis * Sonya Rabenack, ACC/SCN, Suisse * Shah Mahfuzur Rahman, Institute of Public Health, Institut de Santé publique, Bangladesh * Anne Ralte, IMPACT, Etats-Unis * Emma Roberts, TEAR Fund, Royaume-Uni * Anna de Roos, ECHO, Bangladesh * Aileen Robertson, Bureau régional Europe de l'OMS, Danemark *

S K Roy, ICDDR, Bangladesh * Terrence T J Ryan, Food Aid Management, Etats-Unis * Serge Rwamasirabo, USAID Rwanda * Abdus Sabur, Save the Children Royaume-Uni, Bangladesh * Erminio Sacco, WFP, Somalie * Helen Samatebele, Programme Against Malnutrition, Zambie * Andy Seal, Institute of Child Health, Institut de la Santé infantile, Royaume-Uni * Mary Serdula, CDC, Etats-Unis * Louise Serunjogi, Université de Makere, Ouganda * Dr Shazahan, Helen Keller Institute, Bangladesh * S Shao, Tanzania Food and Nutrition Centre, Centre tanzanien pour l'alimentation et la nutrition, Tanzanie * Catherine Siandwazi, Commonwealth Regional Health Secretariat, Secrétariat régional de la Santé du Commonwealth, Tanzanie * Sangsom Sinawat, Ministère de la Santé publique, Thaïlande * Jose Solis, PAHO, Etats-Unis * Bernhard Staub, Tanganyika Christian Refugee Service, Tanzanie * Anne Swindale, IMPACT, Etats-Unis * Kerry Sylvester, consultant indépendant, Mozambique * Judith Tagwira, Ministère de la Santé, Zimbabwe * M Q K Talukder, Institute of Mother and Child, Institut de la Mère et de l'Enfant, Bangladesh * Haile Selassie Tekie, Relief Society of Tigray, Ethiopie * Andy Tembon, SCF Royaume-Uni, Rwanda * Aster Tesfaye, Jesuit Refugee Service, Ethiopie * Andrew Tomkins, Institute of Child Health, Institut de la Santé infantile, Royaume-Uni * Michael Toole, MacFarlane Burnet, Centre for Medical Research, Centre pour la recherche médicale, Australie * Benjamin Torun, INCAP, Guatemala * Stuart Turner, World Vision, Royaume-Uni * Daniel Valle, Red Cross, Etats-Unis * Albertine van der Veen, Consultant indépendant, Hollande * Michel van Herp, MSF International, Belgique * Fabienne Vautier, MSF Belgique * Anna Verster, OMS/EMRO, Egypte * M A Wahed, ICDDR, Bangladesh * Jane Wallace, ACC/SCN, Suisse * Boonyuen Warasai, Ministère de la Santé publique, Thaïlande * Fiona Watson, Institute of Child Health, Institut de la Santé infantile, Royaume-Uni * Katy Watt, consultante en nutrition, Royaume-Uni * Elizabeth Westaway, Université de Cardiff, Royaume-Uni * Carole Williams, consultante en nutrition, Royaume-Uni * Rukia Abdillahi Yacoub, UNICEF, Soudan * Oliver Yambi, UNICEF, Kenya * Tayech Yimer, Save the Children Royaume-Uni, Ethiopie.

Chapitre 3 : Aide alimentaire

Chef de secteur : Harlan Hale, CARE, Etats-Unis

Harlan Hale et les collaborateurs du projet Sphere souhaitent remercier les personnes mentionnées ci-après pour le solide concours apporté à la rédaction de ce chapitre.

Rita Bhatia, UNHCR, Suisse * Delphine Borione, World Food Programme, Italie * Analies Borrel, Concern Worldwide, Irlande * Rick Brennan, Centre of Excellence in Disaster Management, Centre d'excellence pour la gestion des catastrophes * Lola Gostelow, Save the Children Fund, Royaume-Uni * Charles Kelly, consultant indépendant * Isabelle Le Normand, Action Contre La Faim, France * Thomas J Ryan, Food Aid Management, Etats-Unis * Anne Ralte, consultante auprès de USAID, Etats-Unis * Anna Taylor, Save the Children Fund, Royaume-Uni

Autres collaborateurs : Ibrahim (Abe) Parvanta, CDC, Etats-Unis * Lesley Adams, consultant indépendant * Rennata Becker, German Agro-Action * François Belanger, Epicentre, France * Bob Bell, CARE * Mark Bowden, Save the Children, Royaume-Uni * Ann Callanan, WFP, Italie * Thoric Cederstrom, Save the Children, Etats-Unis * Jendra Cekan, CRS * Willian Clay, FAO-Nutrition * Bruce Cogill, Projet Impact, USAID * Jim Cornelius, CFGB * Annegre de Roos, consultant indépendant * Serge Depotter, MSF International, Belgique * Agnes Dhur, CICR, Suisse * Tim Frankenberger, CARE, Etats-Unis * Georg Frerks, Université agricole, Wageningen, Hollande * Michael Golden, Université d'Aberdeen, Royaume-Uni * Jennifer Graef, FAM, Etats-Unis * Yvonne Grellety, ACF, France * Dave Hagen, USAID/FFP-ER * Steve Hansch, consultant indépendant * David J. Garms, USAID, Etats-Unis * Susan Jaspars, consultante indépendante, Royaume-Uni * Al Kehler, CFGB * Marion Kelly, DFID, Royaume-Uni * Anders Ladekarl, Danish Refugee Council, Conseil danois pour les réfugiés, Danemark * Lauren Landis, SCF, Etats-Unis * Francoise Ledru, VOICE, Belgique * Sean Lowrie, CARE, Canada * Mary Lung'aho, Catholic Relief Services, Services de secours catholique, Etats-Unis * Frances Mason, ACF, France * Paul Maurie Boulanger, AEDES * Catherine Mears, consultante indépendante, Royaume-Uni * Walter Middleton, World Vision * Chizuru Nishida, OMS * Mario Ochoa, ADRA * Stefan Peterson, MSF/Université d'Uppsala, Suède * Veronique Priem, MSF, France * Bill Ralston, CIDA * Jeremy Shoham, ENN/RNIS/LSHTM, Royaume-Uni * Piet Spaarman, Caritas, Hollande * Stein Stoa, Norwegian Refugee Council, Conseil

norvégien pour les réfugiés, Norvège * Jo Thomas, Concern Worldwide, Irlande * Marge Tsitouris, CARE * Bernd V Dreesmann, USAid, Hollande * Albertien van der Veen, consultant indépendant, Hollande * Michel van Herp, MSF International, Belgique * Saskia van der Kam, MSF Hollande * Rudy von Bernuth, Save the Children, Etats-Unis * Jane Wallace, ACC/SCN * Shaun Walsh, FHI * Jackie Wood, CARE, Canada * Helen Young, Oxfam, Royaume-Uni * Dutch Interchurch Aid (ACT) * Global Network on Food Security, Réseau mondial sur la sécurité alimentaire*

Chapitre 4: Aménagement des abris et du site

Chef de secteur : Philip Wijmans, The Lutheran World Federation (LWF), Fédération luthérienne mondiale, Cambodge

Chercheur de secteur : Tom Corsellis, Université de Cambridge, Royaume-Uni.

Philip Wijmans et les collaborateurs du projet Sphere souhaitent remercier les personnes mentionnées ci-après pour le solide concours apporté à la rédaction du présent chapitre.

Ad Hordijk, Matrix Consultants for Development, Pays-Bas * Gatachew Jembere, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Zambie * Barend Leuswenberg, MSF Hollande, Pays-Bas * John Nduna, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Tanzanie * Brian Neldner, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Australie * Wolfgang Nusmann, UNHCR, Suisse * Todd Stowell, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Népal * Elizabeth Umlas, UNHCR, Suisse * Gerro Vonk, MSF Hollande, Pays-Bas.

Autres collaborateurs :

Krister Åkesson, Church of Sweden Aid (ACT), Aide de l'Eglise de Suède, Suède * Jaap Aantjes, LWF (ACT), Rwanda * Richard Agullas, ELCSA-LWF, Afrique du sud * Allen Armstrong, LWF (ACT), Népal * Inu Arya, LWF (ACT), Cambodge * Dirk Bakker (ZA), ICCO (ACT), Hollande * Henk Bakker, ICCO (ACT), Hollande * John Barrett, AIT, Thaïlande * Krishan Batra, UNDP/IAPSO, Danemark * Andrew Chalinder, UNICEF, Botswana * Arno Coerver, LWF (ACT), Mauritanie * John Cosgrave, InterWorks Europe, Irlande * Howard Dalzell, Concern Worldwide, Irlande

* John Damerell, LWF (ACT), Angola * Rudelmar de Faria, LWF (ACT), El Salvador * Martin Dillon, LWF (ACT), Ouganda * Paevo Faerm, LWF (ACT), Ethiopie * Tim Foster, RedR International, Suisse * Dennis Frado, Lutheran Office for World Community, Office luthérien pour la communauté mondiale, Etats-Unis * Laura Gibbons, ODI, Royaume-Uni * Hannelore Hensle, Bread for the World Projects (ACT), Projets Pain pour le monde * Mark Hogan, Concern Worldwide, Irlande * Hossein Kalali, Université de Genève/ Swiss Cooperation for Development, Coopération suisse pour le développement, Suisse * Krosiak, LWF, Russie * Sean Lowrie, CARE Emergency Unit, Unité d'urgence CARE, Canada * Ingela Lundborg, Church of Sweden Aid, Aide de l'Eglise de Suède, (ACT), Suède * Meena-Mbumba, LWF (ACT), Malawi * Jim Mason, LWF (ACT), Kenya * Cyrus Mechkat, Université de Genève/ Coopération suisse pour le développement, Suisse * Pamela Meggitt, Lutheran Development Service, Service luthérien de développement, Swaziland * Enos Moyo, ELCSA-LWF (ACT), Afrique du sud * Babar Mumtaz, Development Planning Unit, Unité de planification du développement, University College, Londres, Royaume-Uni * Gail Neudorf, CARE, Kenya * Hermine Nikolaisson, LWF (ACT), Croatie * Stichting Oecomenische Hulp, Dutch Interchurch Aid (ACT), Hollande * Patrick Oger, MSF * Lars Olsson, OMS, Suisse * Duane Poppe, LWF (ACT), Tanzanie * William Power, Concern Worldwide, Irlande * Eric Ram, World Vision International, Suisse * Joe Riverson, World Vision International, Libéria * Craig Sanders, UNHCR, Suisse * Tapio Saraneva, Finnchurchaid (ACT), Finlande * Don Schramm, Disaster Management Center of the University of Wisconsin-Madison, Centre de gestion en cas de catastrophe de l'université de Wisconsin-Madison, Etats-Unis * Sarah Scott, ODI, Royaume-Uni * David Shearer, Institute of Strategic Studies, Institut d'études stratégiques, Royaume-Uni * Paul Sitnam, LWF (ACT), Angola * Rudi Slooff, WHO, Suisse * Atle Sommerfeldt, Norwegian Church Aid (ACT), Aide de l'Eglise norvégienne, Norvège * Bernard Staub, LWF (ACT), Bosnie * Mamane Sukiati, Lutheran World Development Service, Service luthérien de développement dans le monde, Swaziland * John Svendsen, PNUD-IAPSO, Danemark * Jens Tang, météorologue, Danemark * Gerrit ten Velde, LWF (ACT), Mozambique * Reinier Thiadens, UNHCR, Suisse * Paul Thomson, Disaster Management Center of the University of Wisconsin-Madison, Centre de gestion en cas de catastrophe de l'université de Wisconsin-Madison, Etats-Unis * Jan v Bentum, ICCO, Hollande * Koenraad Van Brabant, ODI, Royaume-Uni * John Watt, IFRC, Suisse * Jacques Willemse, Dutch Interchurch Aid (ACT), Aide hollandaise interéglises, Hollande * Henk Zomer, Dutch Interchurch Aid (ACT), Aide

hollandaise interéglises, Hollande * MSF Hollande * Canadian Lutheran World Relief (ACT), Secours luthérien mondial du Canada, Canada * DanChurchAid (ACT), Danemark * Christian Aid (ACT) * Evangelical Lutheran Church in America (ACT), Eglise luthérienne évangélique en Amérique, Etats-Unis * Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe (Plaque tournante évangélique pour l'aide au développement), Allemagne * LWF (ACT), Haïti * LWF (ACT), Inde * LWF (ACT), Jerusalem * LWR (ACT), Kenya * PLWF/LWF (ACT), Pérou * Leo Siliamaa, LWF (ACT), Zimbabwe.

Chapitre 5 : Services médicaux

Chefs de secteur : Joachim Kreysler IFRC, Suisse et Jean Roy, CDC/IFRC, Etats-Unis et Suisse

Joachim Kreysler, Jean Roy et les collaborateurs du projet Sphere souhaitent remercier les personnes mentionnées ci-après pour le solide concours apporté à la rédaction de ce chapitre.

Sue Chowdhury, Oxfam GB, Royaume-Uni * Carole Collins, Oxfam GB, Royaume-Uni * Danielle Deboutte, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Myriam Henkens, MSF Belgique, Belgique * Sandra Krause, American Refugee Committee, Comité américain pour les réfugiés, Etats-Unis * Bruce Laurence, Merlin, Royaume-Uni * Jean Long, Concern Worldwide, Irlande * Serge Male, UNHCR, Suisse * Eric Noji, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Jean Marc Olive, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Pierre Perrin, Comité international de la Croix-Rouge, Suisse * Stefan Seebacher, Fédération internationale de la Croix-Rouge et des sociétés du Croissant-Rouge, Malaisie * Harald Siem, Emergency and Humanitarian Action, Urgence et action humanitaire, Organisation mondiale de la santé, Suisse * Ronald Waldman, Columbia University, Etats-Unis

Autres collaborateurs : Andrea Ammon, Institut Robert Koch, Allemagne * Thomas Baker, Red Cross, Etats-Unis * Rita Bhatia, UNHCR, Suisse * Vincent Brown, Epicentre, France * Brent Burkholder, CDC, Etats-Unis * Gilbert Burnham, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health, Faculté d'hygiène et de santé publique de l'université de John Hopkins, Etats-Unis * Kate Burns, UNHCR, Suisse * Manuel Carballo, ICMHC, Suisse * Christine Chevalier, MSF Suisse * Maire Connolly, WHO/ICA, Suisse * Alphonse daSilva, AMP, France * Claude de Ville de Goyet, PAHO/WHO, Etats-Unis * Flavio del Ponti, Swiss Disaster Policy, Politique suisse en cas de catastrophe, Suisse * Pat Disket, Université de

Cranfield, Royaume-Uni * Kolude Doherty, UNHCR, Suisse * Mohamed Dualeh, UNHCR, Suisse * Marcel Dubouloz, HDCA, Suisse * Marcel Furic, Caritas Internationalis, Suisse * Anne Golaz, CDC, Etats-Unis * Lola Gostelow, Save the Children, Royaume-Uni * Brian Gushulak, IOM Medical Services, Suisse * Harlan Hale, CARE, Etats-Unis * Hilde Haug, UNFPA, Suisse * Nobuhide Hayashi, AMDA, Kenya * Jean Herve Bradol, MSF, France * Mark Hogan, Concern, Irlande * Kjura Inomzoda, Société du Croissant-Rouge, Tajikistan * Hector Jalipa, World Vision - Somalie, Kenya * Nenad Javornik, Croatia * Robert Kesala, IFRC Regional Health Delegate, délégué régional de santé, Zimbabwe * Jean-Marie Kindermans, MSF International, Belgique * Renee Kotz, Croix-Rouge américaine, Etats-Unis * Nance Kyloh, USAID, Suisse * Mary Lange, US BPRM, Suisse * Rebecca Larson, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Suisse * Jennifer Leaning, Medicine and Global Survival, Médecine et survie du monde, Etats-Unis * Philippe Leborgne, ACF, France * Maura Lennon, GOAL, Irlande * Annie Lloyd, Oxfam, Royaume-Uni * Jean-Dominique Lormond, MSF International, Suisse * William Lyerly, USAID, ETATS-UNIS * Alexander Malyavan, UNICEF, Suisse * Michael Marx, Université de Heidelberg, Allemagne * Jean Paul Menu, OMS, Suisse * Eric Mercier, UNICEF, Etats-Unis * Nancy Mock, Tulane University, Etats-Unis * Alain Moren, Epicentre, France * Cleopas Msuya, IFRC Regional Health Delegate, délégué régional de santé, Kenya * Jayne Mutonga, AMREF, Kenya * Geir Nergard, IFRC Regional Delegation, délégation régionale, Kazakhstan * David Newberry, CARE, Etats-Unis * Ishmael Noko, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Suisse * Michael Pelly, IFRC, Suisse * Lyle Petersen, Institut Robert Koch, Allemagne * Mit Philips (assigné à Kinshasa), MSF, Belgique * Daniel Pierotti, UNFPA, Suisse * Jean Pierre Revel, IFRC, Suisse * Peter Poore, Save the Children, Royaume-Uni * Eric Ram, World Vision International, Suisse * Arthur Reingold, University of California at Berkeley, Etats-Unis * Remi Russbach, Geneva Foundation to Protect Health in War, Fondation de Genève pour protéger la santé en temps de guerre, Suisse * Hakan Sandbladh, IFRC, Suisse * Khalid Shibib, OMS, Suisse * Ola Skuken, IFRC, Somalia Delegation, délégation de Somalie, Kenya * Barbara Smith, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Paul Spiegel, Johns Hopkins University, Etats-Unis * Robert Steinglass, BASICS, Etats-Unis * Philippe Stoeckel, Association pour l'Aide à la Médecine Préventive, France * Peter Strebel, Centers for Disease Control

and Prevention, Centre pour le contrôle et la prévention des maladies, Etats-Unis * Michael Toole, Macfarlane Burnet Centre for Medical Research, Centre MacFarlane Burnet pour la recherche médicale, Australie * Maarten Van Cleeff, Royal Tropical Institute, Institut royal sur les tropiques, Pays-Bas * Laetitia Van Haren, Refugee Policy Group, Groupe de politique sur les réfugiés, Suisse * Carlos Wandscheer, Médecins du Monde, France * Ralph Watts, ADRA, Etats-Unis * Christopher Wood, AMREF, Kenya * Brad Woodruff, Centers for Disease Control and Prevention, Centres pour le contrôle et la prévention des maladies, Etats-Unis * Takako Yasukiawa, OMS Urgence et action humanitaire, Suisse.

Autres personnes ayant apporté leur contribution

Mike Aaronson, Save the Children Fund, Royaume-Uni * * Imadulddin Abdulrahim, Islamic African Relief Agency, Agence islamique africaine de secours, Ethiopie * Seunta Adhikari, Christian Commission for Development (ACT), Commission chrétienne pour le développement, Bangladesh * Gilberto Aguirre, Council of Evangelical Churches (ACT), Conseil oecuménique des églises, Nicaragua * Juana Albornoz G, Confraternidad Cristiana de Iglesia de Chile (ACT), Confraternité chrétienne de l'Eglise du Chili, Chili * Kate Alley, UNICEF, Suisse * Mary Anderson, Local Capacities for Peace Project, Capacités locales pour un projet de paix, Etats-Unis * Tim Andrews, World Vision, Guinée * Oldrich Andrysek, IFRC * Jennifer Ashton, UNHCR, Suisse * Marie-Pierre Auger, ECHO, Guinée * Helen Awan, Overseas Development Institute, Institut de développement outremer, Royaume-Uni * Tom Baker, Croix(Rouge des Etats-Unis * Rebecca Bardach, America Refugee Committee, Comité d'Amérique pour les réfugiés, Sarajevo * Mikael Barfod, ECHO, Belgique * David Bassiouni, UNOCHA, Etats-Unis * Luntan Bayarmaa, IFRC * Dana Beegun, InterAction, Etats-Unis * Claude Belleau, UNV, Suisse * Judy Benjamin, Women's Commission for Refugee Women and Children, Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, Etats-Unis * Jon Bennet, Conseil norvégien pour les réfugiés * Choloka Beyani, Oxfam, Royaume-Uni * Helen Bishop, Concern Universal, Guinée * Dounia Bitar, UNHCR, Suisse * Richard Blewitt, British Red Cross, Croix-Rouge britannique, Royaume-Uni * Lucie Blok, MSF, Suisse * Myra Blyth, World Council of Churches (ACT), Conseil mondial des Eglises, Suisse * Ian Bray, Oxfam, Royaume-Uni * Marie Breton-Ivy, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Suisse * Rachel Brett, Quaker UN Office, Bureau quaker des Nations unies, Suisse * Lucy Brown, Croix-

Rouge des Etats-Unis * William Brownfield, US Bureau for Population, Refugees and Migration, Bureau des Etats-Unis pour la population, les réfugiés et la migration, Suisse * David Bryer, Oxfam, Royaume-Uni * Margie Buchanan-Smith, ActionAid, Royaume-Uni * Skip Burkle, University of Hawaii Center for Excellence, Centre pour l'excellence de l'université d'Hawaï, Etats-Unis * Polly Byers, USAID, Etats-Unis * Edmund Cain, PNUD, Etats-Unis * Sara Canna, IFRC, Suisse * David Cardan, UNOCHA, Guinée * Kevin Carew, American Refugee Committee, Comité d'Amérique pour les réfugiés, Sarajevo * Andrew Carl, Conciliation Resources, Moyens de conciliation, Royaume-Uni * Chris Carr, IFRC, Suisse * Rob Carr, UNICEF, Etats-Unis * Nils Cartensen, ACT, Suisse * Matthew Carter, CAFOD, Royaume-Uni * Louisa Chan, OMS, Suisse * David Church, VOICE, Belgique * Roger Clark, Department for International Development, Département pour le développement international, Royaume-Uni * Maureen Connelly, UNHCR, Suisse * Peggy Creese, UNICEF, Suisse * Diane Crocombe, Oxfam, Royaume-Uni * Chris Cushing, UN Staff College, Université pour le personnel des Nations unies, Italie * Marc D'Silva, Catholic Relief Services, Services catholiques de secours, Guinée * Gary Dahl, America Refugee Committee, Comité d'Amérique pour les réfugiés, Thaïlande * James Darcy, Oxfam, Royaume-Uni * Steve Davey, IFRC * Sara Davidson, People In Aid, Royaume-Uni * Will Day, CARE, Royaume-Uni * Gloria De Sagarra, UNHCR, Suisse * Sean Deely, IFRC, Suisse * Sarah Degnan Kambou, Ethiopie * Flavio Del Ponte, Swiss Disaster Relief, Secours suisse en cas de catastrophe, Suisse * Penny Panayioti Deligiannis, Diaconia Agapes (ACT), Albanie * Kerry Demuz, Oxfam, Sri Lanka * Gregorie De Sachy, Solodarites, Sarajevo * Mary Diaz, Women's Commission for Refugee Women and Children, Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, Etats-Unis * Deborah Doane, British Red Cross, Croix-Rouge britannique, Royaume-Uni * Karen Donovan, consultante indépendante, Royaume-Uni * Bernard Doyle, UNHCR, Suisse * Joelle Dubois, Oxfam, Belgique * Jon Ebersole, CETI, Suisse * Jan Eijkenaar, ECHO, Belgique * Hussein El Obeid, Humanitarian Aid Commission, Commission sur l'aide humanitaire, Soudan * Judy El-Bushra, Acord, Royaume-Uni * Cirre Emblen, Croix-Rouge américaine * Paul Emes, IFRC, Suisse * Liz Eyster, UNHCR, Suisse * Christine Forgière, Rights and Humanity, Droits et humanité, Royaume-Uni * Salamo Fulivai, YWCA, Fiji * Sarah Galietsky, Overseas Development Institute, Institut du développement outremer, Royaume-Uni * Michael Golden, Université d'Aberdeen,

Royaume-Uni * Elena Gonzalez-Romero, ECHO, Belgique * Lorelei Goodyear, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Brewster Grace, Bureau quaker des Nations unies, Suisse * Sean Greenaway, ECHO, Belgique * Andres Griekspoor, MSF, Suisse * Martin Griffiths, UNOCHA, Etats-Unis * Birte Hald, Danchurchaid/Folkekirkens Nodhjaelp (ACT), Danemark * Teresa Hanley, Croix-Rouge britannique, Royaume-Uni * Caroline Harford, Délégation Croix-Rouge/Croissant-Rouge, Russie * Julia Hausermann, Rights and Humanity, Droits et humanité, Royaume-Uni * Robert Hayward, Christian Aid (ACT), Aide chrétienne, Royaume-Uni * Ralph Hazleton, CARE International, Suisse * Pirkko Heinonen, UNICEF, Afrique de l'est * Daniel Helle, CICR * Peter Henderson, USAID, Etats-Unis * Peter Herby, CICR * Maurice Herson, Oxfam, Royaume-Uni * Rudolph Hinz, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Suisse * Michael Hoffman, American Red Cross, Croix-Rouge des Etats-Unis, Etats-Unis * Mary Hope Schwoebel, InterAction, Etats-Unis * Nap Hosang, University of California at Berkeley, Etats-Unis * Shamsul Huda, Association of Development Agencies in Bangladesh, Association des agences de développement au Bangladesh, Bangladesh * Janet Hunt, ACFOA, Australie * Salvatore Ippolito, UNHCR, Suisse * Bernard J Vrbanc, Délégation Croix-Rouge/Croissant-Rouge, Sarajevo * Safia Jama, UNICEF, Afrique de l'est * Riad Jarjour, Middle East Council of Churches (ACT), Conseil des Eglises du Moyen-Orient, Chypre * Samardic Jasna, Délégation Croix-Rouge/Croissant-Rouge, Sarajevo * Rome Johan Ketlers, Caritas International * Sally Johnson, Oxfam, Royaume-Uni * Gerry Jones, Croix-Rouge américaine, Etats-Unis * Ivan Joseph, Caritas, Inde * Kristin Kalla, consultante indépendante, Etats-Unis * Mukiesh Kapila, Department for International Development, Département pour le développement international, Royaume-Uni * Geshe Karrenbrock, UNHCR, Suisse * Innocent Kaseke, Christian Care (ACT), Zimbabwe * Lex Kassenberg, CARE International, Belgique * Chris Kaye, UNOCHA, Suisse * Jim Kelly, Catholic Relief Services, Services catholiques de secours, Sarajevo * Randolph Kent, consultant indépendant, Etats-Unis * Michael Kiernan, InterAction, Etats-Unis * Suzanne Kindervatter, InterAction, Etats-Unis * Andrew Kishindo, AACC (ACT), Kenya * Alimamy Koroma, Council of Churches (ACT), Conseil des Eglises, Sierra Leone * Michele Kuhn, CICR * Sasi Kumar, Oxfam, Soudan * Peter R Kunze, ADRA, Suisse * Jane Kusin, Royal Tropical Institute, Institut royal sur les Tropiques, Hollande * Sarah Lachat, IFRC * Philip

Lam, Hong Kong Christian Council (ACT), Conseil chrétien de Hong Kong, Chine * Warren Lancaster, British Red Cross, Croix-Rouge britannique, Royaume-Uni * Natalia Langlais, Department for International Development, Département pour le développement international, Royaume-Uni * Jones Laviwa, Churches Action in Relief and Development (ACT), Action des Eglises dans le secours et le développement, Malawi * Nick Leader, Overseas Development Institute, Institut de développement outremer, Royaume-Uni * Françoise Ledru, VOICE, Belgique * Gail Lerner, World Council of Churches, Conseil mondial des Eglises, Etats-Unis * Iain Levine, Amnesty International United Nations Office, Bureau d'Amnesty International aux Nations unies, Etats-Unis * Reynold Levy, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Tan Li Ying, Amity Foundation, Fondation de la concorde, Chine * Claire Light, Oxfam, Royaume-Uni * Santhe Loizos, InterAction, Etats-Unis * Jean Long, Trinity College, Irlande * Barbara Luckhurst, RedR International, Royaume-Uni * Paula Lynch, US Bureau for Population, Refugees and Migration, Bureau des Etats-Unis pour la population, les Réfugiés et la migration, Etats-Unis * Joanna Macrae, Overseas Development Institute, Institut de développement outremer, Royaume-Uni * Kirsi Madi, UNICEF, Suisse * Jok Madut Jok, Université de California à Los Angeles, Etats-Unis * Gianni Magazzeni, UNCHR, Suisse * John Magrath, Oxfam GB * Kaanaeli Makundi, The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale, Suisse * Juan Manuel Acena, Movimiento Por La Paz El Desarme Y La Libertad, Mouvement pour la paix, le désarmement et la liberté, Espagne * Gabrielle Martin, Université de Nairobi, Kenya * Simon Maxwell, Overseas Development Institute, Institut de développement outremer, Royaume-Uni * Monique McClellan, consultante indépendante, Suisse * Peter McDermott, UNICEF, Suisse * Therese McGinn, Université de Columbia, Etats-Unis * John McGrath, Oxfam, Royaume-Uni * Jennie Meadows, Save the Children Fund, Royaume-Uni * Bob Medrala, CCSDP, Thaïlande * Anita Menghetti, USAID, Etats-Unis * J K Michael, Church's Auxiliary for Social Action (ACT), Auxiliaire de l'Eglise pour l'action sociale * Larry Minear, Université Brown, Etats-Unis * Dahawi, Ministry of Social Planning, Ministère de la planification sociale, Soudan * John Mitchell, British Red Cross, Croix-Rouge britannique, Royaume-Uni * Barbara Monahan, CARE, Etats-Unis * Moises Moraga, Accion Medica Cristiana (ACT), Action médicale chrétienne, Nicaragua * Nicholas Morris, UNHCR, Suisse * Pat Morris, InterAction, Etats-Unis * Jeremy

Mortimer, IFRC, Suisse * Mutawa Musyimi, National Council of Churches (ACT), Conseil national des Eglises, Kenya * Doris Mwangi, Equipe d'Urgence de la Biodiversité * Andrew Natsios, World Vision Relief and Development, Secours et développement de World Vision, Etats-Unis * Gawher Nayeem Wahra, Oxfam, Bangladesh * Paula Nersesian, BASICS, Etats-Unis * Wolfgang Neumann, UNHCR, Suisse * Kathleen Newland, Carnegie Endowment for International Peace, Fondation Carnegie pour la paix internationale, Etats-Unis * Ackbar Noor, ICVA, Sarajevo * Emmanuel Nsabimana, Council of Churches (ACT), Conseil des Eglises, Rwanda * Mary O'Reilly, America Refugee Committee, Comité d'Amérique pour les réfugiés, Ouganda * Ron Ockwell, consultant indépendant, France * Xavier Ortegat, VOICE, Belgique * Karen Otsea, IPAS, Etats-Unis * Robert Painter, UNOCHA, Guinée * Dragana Pandurevi, Red Barnet, Sarajevo * David Pardoe, Croix-Rouge canadienne * Jeffrey Pereira, Caritas, Bangladesh * Katherine Perkins, US Bureau for Population, Refugees and Migration, Bureau des Etats-Unis pour la population, les réfugiés et la migration, Etats-Unis * Karen Perrin, Handicap International, Sarajevo * Sue Pfiffner, IFRC * Ian Piper, IFRC * William Power, Concern, Irlande * Marion Pratt, USAID, Etats-Unis * Zoran Radic, International Rescue Committee, Comité international de secours, Sarajevo * K Rajaratnam, United Evangelical Lutheran Churches (ACT), Eglises luthérienne évangéliques unies, Inde * White Rakuba, Council of Churches (ACT), Conseil des Eglises, Afrique du sud * Angela Raven-Roberts, UNICEF, Etats-Unis * Stephen Richards, International Rescue Committee, Comité international de secours, Etats-Unis * Marie-Jeanne Richiardi, IFRC, Suisse * Cyril Ritchie, InterAid International, Suisse * Peterson, Institut Robert Koch, Allemagne * Lloyd Rollins, UMCOR (ACT), Etats-Unis * Berta Romero, InterAction, Etats-Unis * Giovanni Rufini, VOICE, Belgique * Sharon Rusu, UNHCR, Suisse * Frank Rwakabwohe, Church of Uganda, Eglise d'Ouganda, Ouganda * Serge Rwamashirabo, USAID, Rwanda * Salomon S Sanny, Association Béninoise de Lutte Contre La Faim et La Misère du Peuple, République du Bénin * Muhodzic Sanela, WFP, Sarajevo * Baldo Santo Lucherini, Caritas, Chile * David Shearer, Institut pour les études stratégiques, Suisse * Ed Shenkenberg, ICVA, Suisse * Shoko Shimozaawa, UNHCR, Suisse * Christine Simon, Etats-Unis/CE Sécurité alimentaire régionale, Côte d'Ivoire * Hugo Slim, Université de Oxford Brookes, Royaume-Uni * Gavic Smiljka, Centre for Torture Victims, Centre pour les victimes de torture, Sarajevo * Thomas Soderman, Croix-Rouge suédoise * Holly Solberg, CARE, Etats-

Unis * Jacques Stroun, CICR * Meinrad Studer, CICR * Jane Swan, InterAction, Etats-Unis * Brita Sydhoff, Conseil norvégien pour les réfugiés, Suisse * Julia Taft, US Bureau for Population, Refugees and Migration, Bureau des Etats-Unis pour la population, les réfugiés et la migration, Etats-Unis * Nermina Tankovic, stagiaire du projet Sphere Bosnie/Royaume-Uni * Yousef Tariq, Irish Refugee Council, Conseil irlandais pour les réfugiés * John Telford, consultant indépendant, Ireland * Niall Tobis, Trocaire, Irlande * Seun Toole, Women's Commission for Refugee Women and Children, Commission des femmes pour les femmes et les enfants réfugiés, Etats-Unis * Luc Trouillard, Caritas International * Herman Van Aken, Dutch Interchurch Aid/Stichting Oecumenische Hulp (ACT), Hollande * Sergio Veirra de Mello, UNOCHA, Etats-Unis * Rudy Von Bernuth, Save the Children Fund, Etats-Unis * Carlo Von Flue, CICR * Margareta Wahlstrom, IFRC, Suisse * Bill Warnock, World Vision, Sarajevo * John Watt, IFRC, Suisse * Peter Webber, CARE, Guinée * George Weber, IFRC, Suisse * Merri Weinger, OMS, Suisse * Hannah Weiss, stagiaire du projet Sphere, Etats-Unis/Suisse * Thomas Weiss, Université Brown, Etats-Unis * Monica Wernette, UNAIDS, Suisse * Joe William, Caritas, Sri Lanka * Chandran Williams, YGRO Ltd., Sri Lanka * Roy Williams, USAID, Etats-Unis * June Wyer, World Council of Churches (ACT), Conseil mondial des Eglises, Royaume-Uni * Robert Yallop, CARE, Australie * Jennifer Yumie Song, stagiaire du projet sphere, Etats-Unis/Corée * Anthony Zwi, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Faculté de Londres d'hygiène et de médecine tropicale, Royaume-Uni * Médecins du Monde, France, Cote d'Ivoire, Espagne, Etats-Unis * AMREF, Kenya, Etats-Unis * Canadian Food Grains Bank, Banque canadienne de céréales vivrières, Canada * Church World Service (ACT), Service mondial des Eglises, Etats-Unis * DROP, Inde * ENDA-Tiers Monde, Sénégal * Hungarian InterChurch Aid (ACT), Hongrie * KWAHO, Kenya * London School of Economics, Faculté d'économie de Londres * Ministère de la Santé, Bénin * Ministère de la Santé, Tanzanie * Ministère des Eaux, Zambie * National Centre for Disaster Management, Centre national pour la gestion en cas de catastrophe, Inde * National Economic Council, Conseil économique national, Malawi * Non-governmental Organizing Committee (NGOCC), Comité d'organisation non gouvernemental, Zambie * Norwegian Church Aid (ACT), Aide des Eglises norvégiennes, Norvège * SMSF, Zaïre * Water and Sewage Corporation, Société des eaux et des égouts, Ghana.

Agences ayant participé au projet Sphere

Comité de direction pour l'Action humanitaire

CARE International (CARE Allemagne, CARE Australie, CARE Autriche, CARE Canada, CARE Danemark, CARE Etats-Unis, CARE France, CARE Italie, CARE Japon, CARE Norvège, CARE Royaume-Uni) * Caritas Internationalis * Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge * International Save the Children Alliance * Médecins Sans Frontières International (MSF Belgique, MSF Espagne, MSF Etats-Unis, MSF France, MSF Hollande, MSF Royaume-Uni) * Oxfam * The Lutheran World Federation (ACT), Fédération luthérienne mondiale * Save the Children Alliance * World Council of Churches (ACT).

Membres d'InterAction

Action Against Hunger * Adventist Development and Relief Agency International * African Medical and Research Foundation * Africare * Aga Khan Foundation Etats-Unis * American Friends Service Committee * American Jewish Joint Distribution Committee, Inc * American Jewish World Service * American Near East Refugee Aid * American Red Cross, International Services Department * American Refugee Committee * Ananda Marga Universal Relief Team * Baptist World Alliance (ACT) * CARE * Catholic Medical Mission Board, Inc * Catholic Relief Services - USCC * Child Health Foundation * Children's Survival Fund, Inc * Christian Children's Fund * Christian Reformed World Relief Committee * Church World Service, Inc (ACT) * Council of Jewish Federations * Counterpart International, Inc * Direct Relief International * Episcopal Church of the ETATS-UNIS (ACT) * Presiding Bishop's Fund for World Relief (ACT) * Food for the Hungry International * Friends of Liberia * Grassroots International * Interchurch Medical Assistance, Inc * International Aid, Inc * International Executive Service Corps * International Medical Corps * International Orthodox Christian Charities (ACT) * International Rescue Committee * Islamic African Relief Agency ETATS-UNIS * Latter-day Saint Charities * Lutheran World Relief (ACT) * MAP International * Médecins du monde * Médecins sans Frontières * Médecins sans Frontières - Etats-Unis * Mercy Corps International * National Peace Corps Association * OIC International * Operation Etats-Unis * Oxfam America * Planning Assistance * Points of Light Foundation * Refugees International * Relief

International * Salvation Army World Service Office * Save the Children * Service and Development Agency, Inc * SHARE Foundation: Building a New El Salvador Today * Solar Cookers International * Unitarian Universalist Service Committee * United Israel Appeal * United Methodist Committee on Relief (ACT) * US Committee for Refugees * US Committee for UNICEF * Volunteers in Technical Assistance * World Relief Corporation * World Vision Relief and Development.

Comité international de la Croix-Rouge

Membres de VOICE

Osterreichisches Hilfswerk International * SOS Kinderdorf International * World Vision-GEV * Caritas Secours International * Handicap International Bureau De Liaison * Oxfam Solidarité en Belgique * ASF Dansk Folkehjælp * Danchurchaid (ACT) * Danish Refugee Council * Suemen World Vision * Action Contre La Faim * Aide Medicale Internationale * ATLAS * France Libertés * Médecins du Monde International * Pharmaciens Sans Frontières * Secours Catholique/Caritas France * Secours Populaire Français * Triangle "Generation Humanitaire" * Adventist Development and Relief Agency * Arbeiter-Samariter-Bund DEtats-Unistschland E V * Caritas DEtats-Unistsche * DEtats-Unistsche Welthungerhilfe E V * Diakonie Emergency Aid (ACT) * Johanniter-Unfall-Hilfe E V * Malteser Hilfsdienst E V * Medico International E V * World Vision DEtats-Unistschland E V * Concern Worldwide * GOAL * Trocaire * World Vision Ireland * Associazione Amici dei Bambini * Associazione Volontari per il Servizio Internazionale-Milano * Centro Regionale d'Intervento per la Cooperazione-CRIC * Cesvi-Cooperazione e Sviluppo * Comitato Collaborazione Medica * Coordinamento delle Organizzazioni Non Governative per la Cooperazione Internazionale allo Sviluppo * Comitato di Coordinamento delle Organizzazioni per il Servizio Volontario * Comitato Internazionale per lo Sviluppo dei Popoli * Comitato Italiano Permanente Emergenze Oltremare * Cooperazione Internazionale * Intersos * Movimento Laici Americo Latina * Movimondo * Volontari Nel Mondo-FOCSIV * Caritas-NL * Dutch Relief and Rehabilitation Agency * Dutch Interchurch Aid (ACT) * Memisa Medicus Mundi * World Vision Nederland * ZOA Refugee Care * Norwegian People's Aid * Asistencia Medica Internacional * Caritas * Medicus Mundi Navarra * Movimiento por la Paz el Desarme y la Libertad * Paz y Tercer Mundo * Caritas-Sverige * Lutherhjälpen Church Of Sweden Aid (ACT) * PMU Interlife * Star of Hope

International * Action by Churches Together (ACT) * The Lutheran World Federation (ACT) * ActionAid * CAFOD * Christian Aid UKI (ACT) * Concern Universal * Health Unlimited * Helpage International UK * Mercy Corps International/Scottish Etats-Unisropean Aid * Oxfam GB * Save the Children Fund UK * Tear Fund UK * World Vision UKI * International Rescue Committee

Membres d'ICVA

ActionAid * Adventist Development and Relief Agency, International * Afghan NGOs Coordination Bureau * Africa Humanitarian Action * African Association for Literacy and Adult Education * All Africa Conference of Churches (ACT) * Amel Association * American Joint Distribution Committee * Anatolian Development Foundation * Asian Institute for Rural Development * Asian NGO Coalition for Agrarian Reform and Rural Development * Asociacion Latinoamericana de Organizaciones de Promcion * Asociacion Latinoamericana para los Derechos Humanos * Asociacion Nacional de Centros de Investigacion, Promocion Social y Desarrollo * Asociacion Regional para las Migraciones Forzadas * Asociacion Béninoise de Lutte Contre La Faim et La Misère du Peuple * Association of Development Agencies in Bangladesh * Association for Sarva Seva Farms * Association for Social Advancement * Association of Voluntary Agencies for Rural Development * Australian Council for Overseas Aid * British Refugee Council * Canadian Council for International Cooperation * Canadian Council for Refugees * CARE International * CARE ETATS-UNIS * Chinese Refugees' Relief Association * Christian Children's Fund, Inc. * Christian Relief and Development Association (ACT) * Church World Service (ACT) * Confederation of Environmental and Development NGOs of Central Africa * Conseil des Organisations Non Gouvernementales d'Appui au Developpement * Consejo de Educacion de Adultos de America Latina * Consejo de Instituciones de Desarrollo * Convergencia de Organismos Civiles por la Democracia * Coordinacion de ONG y Cooperativas para el Acompañamiento de la Poblacion Damnificada por el Conflicto Armado Interno * Danish Refugee Council * Diakonia (ACT) * EMO-BARAKA, Union Pour la Promotion du Paysan * Encuentro de Entidades no Gubernamentales para el Desarrollo * Episcopal Church Center of the United States (ACT) * Equilibre Suisse * European Association of Non Governmental Organisations for Food Aid and Emergency Aid * Federacion de Organismos no Gubernamentales de Nicaragua * Feed the Children International * Forum of African

Voluntary Development Organizations * Fundacion Augusto Cesar Sandino * General Union of Voluntary Societies * Gonoshahajjo Sangstha * Handicap International * Human Appeal International * Indian Institute of Youth and Development * Individuell Manniskohjalp * InterAction * Inter-Africa Group * InterAid International * International Catholic Migration Commission * International Islamic Relief Organisation * International Rescue Committee * International Social Service * Islamic Relief Agency * Jesuit Refugee Service * Lebanese NGO Forum * LINK-NGO Forum * Lutheran Immigration and Refugee Service * The Lutheran World Federation (ACT) * Mauritius Council of Social Service * National NGO Council of Sri Lanka * Netherlands Organisation for International Development Cooperation * Non-Governmental Organisation Coordinating Committee * Norwegian Refugee Council * Organisation for Industrial Spiritual and Cultural Advancement-International * PACS/PRIES/Instituto Politicas Alternativas para o Cone Sul * Philippine Development NGOs for International Concerns * Queen Alia Fund for Social Development * Réseau Africain Pour le Developpement Intègre * Rural Development Foundation of Pakistan * Lanka Jathika Sarvodaya Shramadana Sangamaya Inc * Secours Populaire Français * Sudanese Women General Union * Voluntary Health Association of India * World Council of Churches (ACT) * World University Service/Servicio Universitario Mundial * World Vision International * Yayasan Indonesia Sejahtera

Membres associés d'ICVA

Refugee Studies Programme, Oxford University * Caritas Internationalis * International Committee of the Red Cross * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies * Médecins du Monde * Médecins Sans Frontières International

4 Récapitulatif des normes minimales

Cette partie est une vue d'ensemble sur les normes minimales à respecter dans chacun des cinq secteurs décrits dans les chapitres 1 à 5 : approvisionnement en eau et assainissement, nutrition, aide alimentaire, aménagement des sites et des abris et services médicaux. Chaque chapitre contient des indicateurs, des notes de référence et des informations de rappel qui, ensemble, sont essentiels pour l'interprétation et l'application des normes.

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

1 Analyse

Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

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

Norme d'analyse 2 : suivi et évaluation

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

Norme d'analyse 3 : participation

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

2 Approvisionnement en eau

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

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

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

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

Norme 3 d'approvisionnement en eau : installations et matériel

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

3 Elimination des excreta

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

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

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

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

4 Lutte antivectorielle

Norme 1 de lutte antivectorielle : protection individuelle et familiale

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

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

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

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

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

5 Evacuation des déchets solides

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

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

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

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

6 Drainage

Norme 1 de drainage : travaux

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

Norme 2 de drainage : installations et outils

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

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

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

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

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

8 Capacité en matière de ressources humaines et formation**Norme 1 de capacité : compétence**

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

Normes minimales à respecter dans le secteur de la nutrition**1 Analyse****Norme 1 d'analyse : évaluation initiale**

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

Norme 2 d'analyse : intervention

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

Norme 3 d'analyse : suivi et évaluation

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

Norme 4 d'analyse : participation

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

2 Soutien nutritionnel général à la population**Norme 1 de soutien nutritionnel général : apport de nutriments**

Les besoins nutritionnels de la population sont satisfaits.

Norme 2 de soutien nutritionnel général : qualité et salubrité des aliments

Les aliments distribués sont de qualité suffisante et leur manipulation fait l'objet de suffisamment de soins pour qu'ils soient propres à la consommation humaine.

Norme 3 de soutien nutritionnel général : acceptabilité des aliments

Les aliments fournis sont appropriés et jugés acceptables par toute la population.

Norme 4 de soutien nutritionnel général : manipulation et salubrité des aliments

Les aliments sont stockés, préparés et consommés de manière à sauvegarder leur salubrité, tant au niveau des foyers que de la communauté.

3 Soutien nutritionnel aux personnes souffrant de malnutrition

Norme 1 de soutien nutritionnel ciblé : malnutrition modérée

Les risques de santé publique associés à une malnutrition modérée sont réduits.

Norme 2 de soutien nutritionnel ciblé : malnutrition grave

La mortalité, la morbidité et les souffrances associées à une malnutrition grave sont réduites.

Norme 3 de soutien nutritionnel ciblé : carences en micronutriments

Les carences en micronutriments sont corrigées.

4 Capacité en matières de ressources humaines et formation

Norme 1 de capacité : compétence

Les programmes de nutrition sont exécutés par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requise pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

Norme 2 de capacité : soutien

Les membres de la population sinistrée reçoivent le soutien requis pour pouvoir s'adapter à leur nouvel environnement et utiliser, au mieux, l'assistance qui leur est fournie.

Norme 3 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et rehaussées par le biais des programmes nutritionnels d'urgence.

Normes minimales à respecter dans le secteur de l'aide alimentaire

1 Analyse

Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

Avant de prendre toute décision concernant un programme, les agences démontrent qu'elles comprennent les conditions de base qui provoquent un risque d'insécurité alimentaire et la nécessité d'aide dans ce secteur.

Norme 2 d'analyse : suivi et évaluation

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

Norme 3 d'analyse : participation

La population affectée par la catastrophe a la possibilité de participer à la conception et à la mise en oeuvre du programme.

2 Besoins

Norme de besoins

La composition du panier alimentaire et des rations vise à faire la soudure entre les besoins de la population affectée et les ressources vivrières dont elle dispose.

3 Ciblage

Norme de ciblage

Les bénéficiaires d'une aide alimentaire sont sélectionnés en fonction de leurs besoins nutritionnels et/ou de leur vulnérabilité face à l'insécurité alimentaire.

4 Gestion des ressources

Norme de gestion des ressources

Les denrées de l'aide alimentaire et les fonds alloués aux programmes sont gérés dans le cadre d'un système transparent et vérifiable qui permet de remonter la filière de l'assistance et d'en rendre compte.

5 Logistique

Norme de logistique

Les agences disposent de la capacité requise (sur le plan de l'organisation et sur le plan technique) pour gérer avec efficacité et efficacité l'achat, la réception, le transport, le stockage et la distribution des denrées alimentaires.

6 Distribution

Norme de distribution

La méthode de distribution des denrées est équitable et tient compte des conditions locales. Les bénéficiaires de l'aide sont informés des rations auxquelles ils ont droit et de leur mode de calcul.

7 Capacités en matière de ressources humaines et formation

Norme 2 de capacité : compétence

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

Norme 2 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et rehaussées par le biais des programmes d'aide alimentaire.

Normes minimales à respecter dans le secteur des abris et des sites

1 Analyse

Norme 1 d'analyse : évaluation initiale

Les décisions programmatiques reposent sur une compréhension démontrée de la situation d'urgence ainsi que sur une analyse précise des besoins des personnes en matière d'abris, de vêtements et d'articles ménagers.

Norme 2 d'analyse : suivi et évaluation

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

Norme 3 d'analyse : participation

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

2 Hébergement (abris)

Norme 1 d'hébergement : logement

Les personnes disposent de suffisamment d'espace couvert pour se protéger contre les rigueurs du climat. Elles ont suffisamment chaud, elles ont assez d'air frais, de sécurité et d'intimité pour sauvegarder leur dignité, leur santé et leur bien-être.

3 Vêtements

Norme sur les vêtements

Les personnes affectées par la catastrophe disposent de suffisamment de couvertures et de vêtements pour se protéger des intempéries et préserver leur dignité, leur sécurité et leur bien-être.

4 Articles ménagers

Norme 1 sur les articles ménagers : objets de la vie courante

Les foyers disposent d'articles ménagers, de savon pour leur hygiène personnelle et d'outils pour sauvegarder leur dignité et leur bien-être.

Normes 2 sur les articles ménagers : prise en compte de l'environnement naturel

Il est mis à la disposition des bénéficiaires de l'assistance des ustensiles de cuisine et des réchauds à bon rendement énergétique dont l'utilisation est encouragée.

5 Sélection et aménagement des sites

Norme 1 sur le site : sélection

Le site est adapté au nombre de personnes qu'il est destiné à accueillir.

Norme 2 sur le site : aménagement

L'aménagement du site permet à chaque foyer de disposer de suffisamment d'espace et assure à chacun le plus possible de sécurité et de bien-être. Il permet de fournir des services avec efficience et efficacité et facilite l'accès aux différentes parties du site.

Norme 3 sur le site : sécurité

Le choix et l'aménagement du site assurent une liberté de mouvement et une sécurité suffisantes pour toute la population affectée par la catastrophe.

Norme 4 sur le site : prise en compte de l'environnement naturel

Le site est planifié et géré de manière à réduire, au plus, la dégradation de l'environnement.

6 Capacités en matière de ressources humaines et formation**Norme 1 de capacité : compétence**

Les programmes d'aménagement des abris et des sites sont exécutés par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requises pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

Norme 2 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et rehaussées par le biais des programmes d'aménagement des abris et des sites.

Normes minimales dans le secteur des services médicaux**1 Analyse****Norme d'analyse 1 : évaluation initiale**

L'évaluation initiale détermine aussi précisément que possible les effets de la catastrophe sur le plan de la santé, recense les besoins et fixe les priorités programmatiques.

Norme d'analyse 2 : système d'information sur la santé – collecte des données

Le système d'information sur la santé permet de collecter régulièrement des données pertinentes sur la population, les maladies, les conditions d'environnement et les services médicaux, sous une forme normalisée, dans le but de détecter les grands problèmes sanitaires.

Norme 3 d'analyse : système d'information sur la santé – analyse des données

Les données collectées dans le cadre du système d'information sur la santé, ainsi que les changements notés au sein de la population sinistrée, font régulièrement l'objet d'un contrôle et d'une analyse pour faciliter la prise de décisions et déterminer le mode d'intervention le plus approprié.

Norme 4 d'analyse : système d'information sur la santé – suivi et évaluation finale

Les données collectées sont utilisées pour évaluer l'efficacité des interventions menées pour lutter contre les maladies et préserver la santé de la population.

Norme 5 d'analyse : participation

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

2 Lutte contre la rougeole

Norme 1 de lutte contre la rougeole : vaccination

Chez les populations sinistrées, le plus tôt possible, tous les enfants âgés de 6 mois à 12 ans reçoivent une dose de vaccin contre la rougeole ainsi qu'un supplément approprié de vitamine A.

Norme 2 de lutte contre la rougeole : vaccination des nouveaux venus

Dans une zone d'installations pour réfugiés, les nouveaux arrivants sont systématiquement vaccinés. Tous les enfants âgés de 6 mois à 12 ans reçoivent une dose de vaccin contre la rougeole ainsi qu'un supplément approprié de vitamine A.

Norme 3 de lutte contre la rougeole : mesures contre les poussées épidémiques

Une intervention systématique est organisée lors de chaque flambée de rougeole, tant au sein de la population sinistrée que dans la communauté d'accueil.

Norme 4 de lutte contre la rougeole : prise en charge des cas

Tous les enfants qui contractent la rougeole reçoivent les soins requis afin d'éviter de graves séquelles, voire une issue fatale.

3 Lutte contre les maladies transmissibles

Norme 1 de lutte contre les maladies transmissibles : surveillance épidémiologique

L'apparition de cas de maladies transmissibles fait l'objet d'une surveillance.

Norme 2 de lutte contre les maladies transmissibles : enquêtes et mesures

Les maladies susceptibles de prendre des proportions épidémiques font l'objet d'enquêtes et de mesures de lutte, conformément aux normes et critères acceptés sur le plan international.

4 Services médicaux

Normes 1 de services médicaux : soins appropriés

Les soins médicaux d'urgence, pour une population sinistrée, reposent à la fois sur une évaluation initiale et sur les données obtenues dans le cadre d'un système d'information sur la santé. Les soins médicaux dispensés contribuent à réduire les taux de mortalité et de morbidité.

Norme 2 de services médicaux : réduction de la morbidité et de la mortalité

Les soins médicaux dispensés en cas d'urgence obéissent aux principes concernant les soins de santé primaire (SSP) et visent les problèmes responsables de surmorbidity et de surmortalité.

5 Capacités en matière de ressources humaines et formation

Norme 1 de capacité : compétence

Les interventions de santé sont exécutées par du personnel qui, d'une part, possède les qualifications et l'expérience requises pour accomplir sa tâche et, d'autre part, est correctement encadré et soutenu.

Norme 2 de capacité : soutien

Les membres de la population sinistrée reçoivent un soutien qui leur permet de s'adapter à leur nouvel environnement et de tirer le meilleur parti possible de l'aide qui leur est offerte.

Norme 3 de capacité : capacités locales

Les capacités et les compétences locales sont mises à profit et renforcées par le biais des interventions d'urgence dans le domaine de la santé.

5 Le code de conduite pour le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et 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.

Note

1. Parrainé par: Caritas Internationalis*, Catholic Relief Services*, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*, International Save the Children Alliance*, la Fédération luthérienne mondiale*, Oxfam*, le Conseil oecuménique des Eglises*, le 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 autorités locales 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.

5. Secours en cas de conflit armé

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

Annexe II : Recommandations aux gouvernements donateurs

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

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

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

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

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

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

Annexe III : Recommandations aux organisations internationales

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

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

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

Les IHNG ne sont généralement pas habilitées à établir le cadre général de coordination face aux catastrophes qui exigent une intervention internationale. Cette responsabilité incombe au gouvernement du pays hôte et aux autorités compétentes au sein des Nations Unies, qui sont instamment priées 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.