

Santé publique et VIH Principes directeurs et Plans stratégiques

VIH et Sida
Lutte contre le paludisme
Nutrition et sécurité alimentaire
Santé reproductive
Eau et assainissement

UNHCR - Santé publique et VIH - Principes directeurs et Plans stratégiques 2008-2012



2008-2012

© UNHCR, 2008. Tous droits réservés.

La reproduction et la distribution à toute fin éducative et non commerciale sont autorisées sans accord écrit préalable du titulaire des droits d'auteurs à condition que la source soit clairement citée. La reproduction à des fins commerciales ou pour revente, ou la traduction quelqu'en soit la raison, est interdite sauf autorisation écrite du titulaire des droits d'auteurs. Les demandes pour une telle permission doivent être adressées à la section de Santé Publique et VIH du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) à l'adresse hqhn@unhcr.org

La Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'UNHCR ne saurait être tenu responsable des préjudices subis de fait de son utilisation.

Des copies de ce document peuvent être obtenues du:

UNHCR Section de Santé Publique et VIH

CP2500

1202 Geneva, Suisse

hqphn@unhcr.org

Les photos sont au crédit de: Helene Caux, Caitlin Meredith, Marian Schilperoord, R. Wilkinson, Jack Redden, K. Mc Kinsey.

Conception graphique: Alessandro Mannocchi, Rome

Santé publique et VIH

Principes directeurs et Plans stratégiques

VIH et Sida

Lutte contre le paludisme

Nutrition et sécurité alimentaire

Santé reproductive

Eau et assainissement



2008-2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

En publiant des principes directeurs et cinq plans stratégiques pour 2008-2012 dans la Section traitant de la santé publique et du VIH, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR) indique l'effort réalisé par l'UNHCR pour exposer clairement les grandes lignes des principes et des stratégies qu'il entend appliquer dans les cinq domaines du VIH et du Sida, de la lutte contre le paludisme, de la nutrition et de la sécurité alimentaire, de la santé reproductive et de l'eau et assainissement.

De nombreuses raisons ont présidé au choix de ces cinq secteurs, notamment leur importance et les lacunes perçues par le passé. Toutefois, bien d'autres secteurs, tels que la santé des enfants et les soins de santé primaires ou des maladies telles que la tuberculose, les infections respiratoires aiguës ou encore la diarrhée revêtent également une grande importance dans les programmes considérés comme prioritaires que l'UNHCR consacre à la santé publique.

Pour permettre à chacun des plans de mesurer les progrès enregistrés, on s'est appuyé sur un grand nombre de processus ainsi que sur des indicateurs des succès et de l'impact obtenu. Ces indicateurs de bases ne constituent pas une liste exhaustive du suivi de tous les programmes de santé publique et de lutte contre le VIH menés par l'UNHCR. Beaucoup d'autres indicateurs, par exemple ceux relatifs au suivi de la performance des programmes, seront recueillis et utilisés à l'échelon des pays. Pour pouvoir mener à bien ces objectifs stratégiques, il faudra pouvoir compter sur un niveau élevé de responsabilité aux divers échelons de la gestion. Une telle responsabilité sera fortement encouragée dans les pays et sur le terrain grâce à des processus comme le cycle de planification programmatique et comme la gestion fondée sur les résultats. Au niveau des régions, les plans stratégiques seront adaptés au contexte spécifique et unique de chacune des régions et des sous-régions.

Bien évidemment, les politiques et programmes des cinq secteurs pourront se recouper partiellement, comme on peut le constater dans le tableau comparatif des indicateurs. Des interventions intégrées, coordonnées et complémentaires entre les cinq secteurs sont essentielles si l'on veut que les politiques et les programmes de santé publique et de lutte contre le VIH atteignent leurs objectifs. L'UNHCR doit continuer à travailler étroitement et de façon constructive avec les gouvernements, les institutions sœurs des Nations Unies, d'autres organisations internationales, les organisations non gouvernementales, les donateurs bilatéraux et multilatéraux, le secteur privé et, surtout, avec les réfugiés, les personnes déplacées internes, les rapatriés et toutes autres personnes relevant de sa compétence afin d'être en mesure de veiller à la mise en œuvre efficace des politiques et programmes de santé publique et de lutte contre le VIH.

Les Principes directeurs et les Plan stratégiques consistent en sept sections :

- I. Les Principes directeurs**
- II. Le Plan stratégique de lutte contre le VIH et le Sida**
- III. Le Plan stratégique de lutte contre le paludisme**
- IV. La nutrition et la sécurité alimentaire**
- V. La santé reproductive**
- VI. L’approvisionnement eau et l’assainissement**
- VII. Appendice comparatif des indicateurs**

Remerciements:

L’UNHCR tient à remercier les organismes cités ci-après pour leur précieuse contribution aux présents principes directeurs et plans stratégique: Centers for Disease Control and Prevention, The Feinstein International Famine Center (Tufts University), Réseau international des groupes d’action pour l’alimentation infantile, Fédération internationale de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, International Rescue Committee, Emergency Nutrition Network, Médecins sans Frontières, Nutrition Network, UCL Institute of Child Health, l’ONUSIDA, l’UNICEF, Valid International, le Programme alimentaire mondial et l’Organisation mondiale de la Santé.

Principes directeurs à l'intention de la section de santé publique et du VIH de l'UNHCR

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table des matières

Principes directeurs à l'intention de la section de santé publique et du VIH de l'UNHCR.....	I	1
Introduction	I	1
Les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR	I	2
Les scénarios	I	3
Cycle de déplacement des personnes déplacées	I	3
Environnements	I	4
Les solutions durables	I	5
Principes directeurs	I	6

PRINCIPES DIRECTEURS À L'INTENTION DE LA SECTION DE SANTÉ PUBLIQUE ET DU VIH DE L'UNHCR

INTRODUCTION

Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés a été créé le 14 décembre 1950 par l'Assemblée générale des Nations Unies, avec pour mandat de coordonner l'action internationale pour la protection des réfugiés et de chercher des solutions aux problèmes des réfugiés dans le monde. Le but premier de l'UNHCR est de sauvegarder les droits et le bien-être des réfugiés. L'agence s'efforce ainsi d'assurer pour tous le respect du droit à demander asile et à trouver refuge dans un autre État. À terme, les solutions qu'elle met en œuvre sont le retour dans le pays d'origine, l'intégration dans le pays d'accueil ou la réinstallation dans un pays tiers.

L'UNHCR est une organisation impartiale, offrant protection et assistance aux réfugiés et aux autres personnes relevant de sa compétence (voir définition plus bas) en se fondant sur leurs besoins et indépendamment de leur race, de leur religion, de leurs opinions politiques ou de leur sexe. Dans toutes ses activités, l'UNHCR attache une attention particulière aux enfants et s'efforce de promouvoir l'égalité des droits des femmes et des filles.

La Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et son Protocole de 1967 sont les pierres angulaires de la protection des réfugiés aujourd'hui, et leurs principes fondamentaux sont omniprésents dans d'innombrables autres lois et pratiques internationales, régionales et nationales régissant la manière dont les réfugiés sont traités. Dans ses efforts en vue de protéger les réfugiés et de promouvoir les solutions qui seront données à leurs problèmes, l'UNHCR travaille en partenariat avec les gouvernements, les organisations régionales et les organisations internationales et non gouvernementales (ONG). L'UNHCR s'engage à promouvoir la participation, car il est profondément convaincu que les réfugiés et les autres personnes qui bénéficient de ses activités doivent être consultés lors de la prise des décisions affectant leur vie.

La santé publique est la science et la pratique de protection et d'amélioration de la santé d'une communauté. La santé publique et la lutte contre le VIH sont inextricablement liées aux droits et à la protection de l'être humain. La santé publique des réfugiés et d'autres personnes déplacées constitue une priorité pour l'UNHCR.

En 2007, la Section de Santé publique et VIH a été créée au sein de la Division des services opérationnels. L'expression « santé publique » est utilisée au sens large, car elle inclut la santé, la santé reproductive, la santé des enfants, la nutrition, la sécurité alimentaire, ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Les objectifs de la Section sont de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des demandeurs d'asile, des personnes déplacées internes (PDI) des rapatriés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

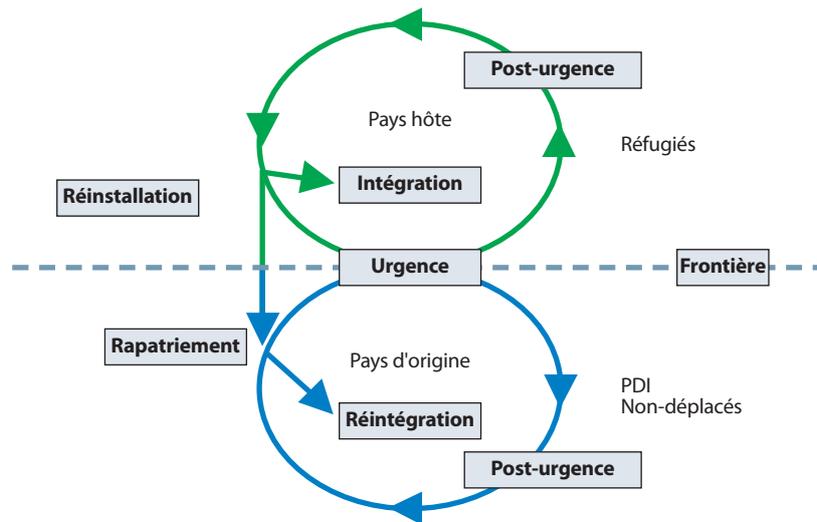
LES PERSONNES RELEVANT DE LA COMPÉTENCE DE L'UNHCR

- 1) **Réfugié** : La Convention relative au statut des réfugiés de 1951 indique qu'un réfugié est toute personne se trouvant hors du pays dont elle a la nationalité et où elle réside habituellement, et qui craint avec raison d'être persécutée du fait de sa race, de sa religion, de sa nationalité, de son appartenance à un certain groupe social ou de ses opinions politiques. Les personnes fuyant des conflits ou une violence généralisée sont la plupart du temps également considérées comme des réfugiés, bien que ce soit en raison d'autres mécanismes juridiques que la Convention de 1951.
- 2) **Demandeur d'asile** : Personne ayant demandé le statut de réfugié ou réfugiée, et qui est dans l'attente de voir cette demande acceptée ou rejetée. Ce terme ne présuppose ni l'un ni l'autre – il décrit simplement le fait que la personne concernée a déposé cette demande. Certains demandeurs d'asile seront considérés comme des réfugiés, alors que d'autres ne le seront pas.
- 3) **Personne déplacée interne (PDI)** : Personne qui a été forcée à quitter son foyer – en raison d'un conflit, de persécutions (pour des raisons similaires à celle des réfugiés), ou en raison d'une catastrophe naturelle ou de toute autre circonstance de ce type. Toutefois, contrairement aux réfugiés, ces personnes demeurent dans leur propre pays. L'UNHCR est l'agence principale pour les questions de protection, d'abri et de gestion et de coordination des camps dans le cadre du processus de réforme humanitaire. L'UNHCR participe activement à tous les modules, notamment ceux relatifs à la santé, à la nutrition et au projet WASH. L'UNHCR est la principale agence technique pour les questions de VIH et de Sida affectant les personnes déplacées (réfugiés et PDI) dans le cadre structurel de l'ONUSIDA. A cet égard, l'UNHCR joue un rôle actif de leader en ce qui concerne le VIH et le Sida parmi les PDI.
- 4) **Rapatrié** : Personne ayant été réfugiée, mais qui est récemment retournée dans son pays d'origine. Lorsqu'un réfugié décide de rentrer chez lui, c'est généralement parce que la menace ou le danger qu'il courait dans la région de sa résidence habituelle a diminué de façon significative ou lorsque le danger qu'il court dans le lieu où il s'est réfugié est supérieur à celui qu'il courrait en retournant dans sa région d'origine. Le terme de « rapatrié » est descriptif et reconnaît le fait que les réfugiés rapatriés ont besoin d'une certaine assistance, et parfois de protection pendant un certain temps jusqu'au moment où ils auront réintégré leur communauté. Lorsque les réfugiés rentrent dans leur pays, en tant que rapatriés, ils perdent la protection totale que le statut juridique de réfugiés internationaux leur procurait. Toutefois, certains éléments de ce statut, ainsi que du mandat de l'UNHCR, mettent en exergue l'obtention de « solutions durables » ainsi que d'un retour « dans la sécurité et la dignité ». La définition de la période pendant laquelle une personne peut encore être considérée comme un « rapatrié » n'est pas aisée et sera différente selon les circonstances.
- 5) **Apatride** : Personne qu'aucune législation nationale ne reconnaît comme ressortissante d'un Etat. Si les apatrides peuvent parfois être considérés comme des réfugiés, les deux catégories sont distinctes et ces deux groupes relèvent de la compétence de l'UNHCR.
- 6) **Population hôte environnante** : Bien que l'UNHCR ne les considère pas officiellement comme relevant de sa compétence, les populations hôtes environnantes sont également affectées directement ou indirectement par la présence des réfugiés et des PDI. C'est pourquoi, lorsqu'il s'agit de mettre sur pied des politiques et des programmes d'exécution, ces communautés doivent également être prises en compte dans tous les environnements et scénarios dont il est fait état plus bas.

LES SCÉNARIOS

Le flux de réfugiés entrant dans un pays d'accueil a un impact non seulement sur la vie des réfugiés, mais aussi sur la vie de la communauté hôte (comme c'est aussi le cas en ce qui concerne les PDI). En règle générale, les réfugiés et les PDI arrivent dans leur communauté d'accueil après avoir fui leur foyer au début d'un conflit ou dans d'autres situations d'urgences plus complexes. Pour eux, c'est le début d'une période lourde d'instabilité pendant laquelle ils doivent parfois se déplacer à plusieurs reprises, selon une logique que l'on qualifie de *cycle de déplacement* (voir l'illustration ci-après). Dans ce graphique, on a simplifié ce cycle afin de n'inclure que les trois phases principales de la transition, même si d'autres déplacements peuvent se produire au cours de cette période et si les différents groupes qui les subissent peuvent en être à différents stades de transition. Les scénarios des déplacements ne sont que rarement linéaires (par exemple une urgence aiguë, puis une phase de post-urgence suivie d'un rapatriement volontaire) et peuvent même varier dans un seul pays ; la communauté humanitaire divise généralement les scénarios de déplacement en plusieurs phases, dont chacune répond à des priorités différentes concernant la santé publique et la prise en charge du VIH.

CYCLE DE DÉPLACEMENT DES PERSONNES DÉPLACÉES¹



1 UNHCR et ONUSIDA. Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes. Collection Meilleures pratiques. Genève. Mai 2006.

- 1) **Phase aiguë de l'urgence** : Il y a de nombreuses définitions de la phase aiguë d'une urgence. On peut ainsi se placer du point de vue du nombre de personnes déplacées, du temps écoulé depuis le début de l'urgence et de l'accroissement de la mortalité (souvent doublée par rapport à la moyenne existant avant l'urgence). Ce scénario peut être marqué par des souffrances extrêmes, telles que la privation d'un logement, de nourriture et de sécurité, sans parler du manque de services de base de santé publique et de prise en charge du VIH. Le premier objectif de ce scénario est de fournir les interventions vitales de base afin de parer à une mortalité et une morbidité excessives.
- 2) **Conditions de post-urgence ou stables** : Ce scénario, marqué par une plus grande stabilité, peut durer des mois, des années, voire des décennies (lors de situations prolongées ou de longue durée). Dans cette situation, la mortalité devrait avoir diminué et les besoins de base (nourriture, eau, abri) devraient être satisfaits. Pendant cette période, les maladies infectieuses peuvent être maîtrisées et des interventions supplémentaires et plus complètes doivent être mises en œuvre. Il peut s'agir de services psychosociaux, des services de santé reproductive et de prise en charge du VIH, ainsi que des projets visant à améliorer la sécurité alimentaire et bien d'autres.
- 3) **Les solutions durables : rapatriement, intégration locale, réinstallation** : au cours du troisième et dernier scénario, les réfugiés se préparent à : 1) être rapatriés volontairement dans leur pays d'origine ; 2) s'intégrer localement dans leur pays hôte ; ou 3) se réinstaller dans un troisième pays, ce dernier cas constituant une minorité. Les préparations de mise en place du scénario de solution durable doivent débiter longtemps à l'avance et requièrent une coordination avec les gouvernements, d'autres institutions des Nations Unies et les ONG. Le plaidoyer, l'intégration dans des systèmes existants, la continuité des soins, la création de capacités ainsi que bien d'autres éléments doivent être mis en œuvre dans ces situations.

ENVIRONNEMENTS

- 1) **Camp** : Cette situation est celle que l'UNHCR a connue dans le passé. Il est *relativement* plus facile de fournir de services de santé publique et de prise en charge du VIH dans des camps que dans des zones de non-camp, car il s'agit de lieux circonscrits où l'on peut inscrire les personnes et leur fournir des services. Les réfugiés vivant dans des camps sont souvent totalement dépendants de l'UNHCR pour tous les services. Les partenaires d'exécution et les partenaires opérationnels de l'UNHCR² trouvent souvent plus facile de travailler dans un environnement de type camp que dans les zones non-camp, pour les raisons qui ont été décrites plus haut. Toutefois, pendant la dernière décennie les personnes déplacées sont de plus en plus souvent installées dans des zones de non-camp.
- 2) **Non-camp**
 - i) **Environnements urbains** : les réfugiés qui vivent dans les zones urbaines sont d'origines et de milieux divers. Ce sont souvent en grande partie des personnes provenant de régions rurales qui ont opté pour des zones urbaines à la recherche de meilleures possibilités d'éducation et d'emploi. Un grand nombre des réfugiés urbains manquent de qualifications et vivent dans des situations précaires. Dans de nombreuses régions, seuls les plus vulnérables sont enregistrés auprès de l'UNHCR ; les situations sont complexes et de nombreuses ressources sont nécessaires étant donné le grand nombre de cas individuels qui doivent être pris en charge. L'assistance qu'il est possible de prêter aux réfugiés urbains varie selon le contexte et les fonds disponibles. Chaque fois que possible, l'UNHCR et ses partenaires devraient aider les gouvernements et les réfugiés à intégrer les services existants de santé publique et de prise en charge du VIH (ce principe est également valable pour toutes les situations affectant les personnes déplacées).

² La mise en œuvre des projets d'assistance et de protection de l'UNHCR est souvent confiée à des partenaires d'exécution qui reçoivent des fonds de l'UNHCR. Il s'agit normalement d'agences ou de départements gouvernementaux, d'autres membres du système des Nations Unies, et d'organisations non gouvernementales et intergouvernementales. Un organisme travaillant en coordination avec l'UNHCR, mais sans en recevoir de fonds, est dénommé « partenaire opérationnel ».

- ii) **Environnements non-urbains** : Dans certaines situations, les réfugiés se retrouvent dans des environnements à la fois non-urbains et non-camp (comme en Ouganda). Dans ce cas, ils vivent parmi une population hôte de type villageois et y sont bien intégrés. L'UNHCR favorise ce type d'environnements qui sont malheureusement rares en raison de restrictions gouvernementales.

LES SOLUTIONS DURABLES

- 1) **Les rapatriements volontaires** : Il s'agit-là de la solution durable que recherche le plus grand nombre de réfugiés. Mais la réaliser demeure une tâche complexe et difficile. Les principes essentiels du rapatriement sont la sécurité physique, la sécurité juridique, la sécurité matérielle et la réconciliation. Tous ces éléments ne sont pas toujours présents, ce qui retarde le rapatriement volontaire. Assurer un retour durable est chose possible, mais ressort avant tout de la responsabilité des pays d'origine à l'égard de leurs ressortissants. Il est également nécessaire qu'existe une action soutenue et cohérente ainsi que le soutien de la communauté internationale. Les priorités essentielles de l'UNHCR en matière de rapatriement sont de créer des conditions facilitant le rapatriement volontaire, d'assurer aux personnes un choix libre et en toute connaissance de cause, et de mobiliser le soutien qui rendra le rapatriement possible.
- 2) **L'intégration locale** : L'intégration locale est un processus juridique grâce auquel les réfugiés reçoivent progressivement de l'Etat hôte un plus large éventail de droits et de prérogatives, analogue à celui dont bénéficient les citoyens de cet Etat. Ces prérogatives sont notamment la libre circulation, l'accès à l'éducation et au marché du travail, l'accès aux subventions et à l'assistance sociale, notamment les services de santé, la possibilité d'accéder à la propriété et d'en disposer, ainsi que la capacité de disposer de documents de voyage et d'identité valables. Avec le temps, ce processus doit conduire à des droits permanents de résidence et dans certain cas d'accéder, le moment venu, à la citoyenneté du pays d'accueil. Il s'agit également d'un processus économique qui permet aux réfugiés d'être de moins en moins dépendants de l'aide de l'Etat ou de l'aide humanitaire et d'atteindre un degré croissant d'autosuffisance qui leur donne la possibilité de gagner leur vie durablement et de contribuer ainsi à la vie économique du pays hôte. Enfin, il s'agit également d'un processus social et culturel d'acclimatation des réfugiés et d'installation au sein des communautés locales, qui leur permette de vivre auprès, voire au sein de la population locale, sans avoir à souffrir de discrimination ou d'exploitation mais au contraire à pouvoir contribuer activement à la vie sociale de leur pays d'accueil.
- 3) **Réinstallation** : Un objectif fondamental de la politique de réinstallation et de fournir une solution durable aux réfugiés qui ne peuvent ni retourner volontairement dans leur pays, ni rester dans leur pays d'accueil. Toute décision dans le sens d'une réinstallation doit se fonder sur la question de savoir quelle serait la différence, s'il y en avait une, du point de vue de la résolution des problèmes et besoins immédiats ou à long terme, pour tel réfugié ou tel groupe de réfugiés. Les Etats sont encouragés à veiller à ce que la réinstallation soit accompagnée d'une politique d'intégration plus vigoureuse visant à permettre aux réfugiés de bénéficier d'un statut de résidence durable afin de jouir de l'égalité des droits et opportunités dans la vie sociale, économique et culturelle du pays. Les pays pratiquant la réinstallation exigent généralement des tests concernant certaines maladies infectieuses, dont notamment la tuberculose. Certains pays demandent un test VIH, ce qui implique de s'inquiéter de protection individuelle ainsi que de droits humains.³ L'UNHCR déclare clairement que le statut VIH ne devrait pas affecter défavorablement les demandes de réinstallation. La réinstallation de personnes ayant des besoins médicaux pose problème et les opportunités de réinstallation sont limitées. Des critères spécifiques concernant les réinstallations avec implications médicales existent et doivent être suivis scrupuleusement.⁴

3 Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des PDI et des autres personnes relevant de la compétence du HCR, UNHCR. Avril 2006.

4 UNHCR. Chapter 4 : UNHCR criteria for determining resettlement as the appropriate solution (pg IV/10). Genève. Novembre 2004

PRINCIPES DIRECTEURS

- 1) **Les droits humains** : Les réfugiés doivent avoir accès aux services de santé publique dans la même mesure que la population hôte (Article 23, Convention relative au statut des réfugiés, 1951). Selon les lois internationales, toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre (Article 12, Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966) ; ce droit inclut le droit de ne pas souffrir de la faim et de la malnutrition et de disposer d'une nourriture adéquate, ainsi que d'une alimentation et de l'eau de boisson même dans les situations d'urgence. L'UNHCR dispose d'une note spécifique concernant le VIH et le Sida.⁵ Comme toutes autres personnes, les réfugiés doivent être convenablement informés, pouvoir prendre activement leurs propres décisions et donner leur consentement aux services qui leur sont fournis. Le respect de la confidentialité et de la vie privée être assuré.
- 2) **Circonstances uniques** : les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont des groupes ayant un caractère unique et, souvent, des besoins particuliers découlant des circonstances dans lesquelles ils vivent (par exemple, les traumatismes et la violence, notamment sexuelle, les différences linguistiques et culturelles, diverses questions relatives à la recherche de solutions durables, la dépendance à l'égard des soutiens extérieurs et la limitation des opportunités économiques). Les politiques, principes et protocoles à l'usage de personnes vivant dans des environnements où les ressources sont médiocres peuvent devoir être modifiés en conséquence et, dans certains cas, être formulés spécialement.^{6,7}
- 3) **Âge, sexe et diversité** : Tous les politiques et programmes doivent respecter l'égalité des sexes et les droits de tous les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR de tous âges et de toutes provenances. Une attention particulière doit être accordée à ceux qui ont traditionnellement été exclus ou privés de leurs droits civiques, c'est-à-dire les femmes, les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées ainsi que les groupes minoritaires. Une priorité particulière doit être accordée aux femmes et aux enfants.
- 4) **Participation** : Il importe que les réfugiés et les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR reçoivent les moyens de participer à tous les stades de la mise au point des politiques, de la planification programmatique, de la mise en œuvre ainsi que du suivi et de l'évaluation afin que les politiques et programmes soient conçus de façon à être acceptables, appropriés, durables et qu'ils tiennent compte des sensibilités culturelles. Ces politiques et programmes doivent tenir compte des besoins, des demandes et de la diversité de ceux qui en bénéficieront dans le cadre des normes internationales et des droits humains. Il faudra également s'assurer de la participation des organisations travaillant avec les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'avec les ministres gouvernementaux remplissant le rôle de points focaux.
- 5) **Des activités multisectorielles** : Les politiques et programmes sont interdépendants et doivent donc être multisectoriels par nature. Ils doivent en tout temps relier l'ensemble des secteurs, que ce soit au sein de la Section de Santé publique et VIH, ou ailleurs. Cette approche intégrée est essentielle si l'on veut s'assurer que les programmes sont complémentaires et complets, condition grâce à laquelle ils pourront assurer un haut degré de durabilité dans le long terme.

5 Note sur le VIH/SIDA et la protection des réfugiés, des PDI et des autres personnes relevant de la compétence du HCR, UNHCR. Avril 2006.

6 UNHCR. Chapter 4 : UNHCR criteria for determining resettlement as the appropriate solution (pg IV/10). Genève. Novembre 2004

7 UNHCR. Politique du HCR en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés. Janvier 2007.

- 6) **Des multi-partenariats** : La section doit dynamiser les partenariats qui permettent à l'UNHCR de mettre en œuvre ses programmes par le biais de partenaires d'exécution et de partenaires opérationnels, de gouvernements, d'autres organisations des Nations Unies, d'institutions internationales et d'autres organisations, chaque fois que la situation s'impose.
- 7) **Intégration** : Les politiques et programmes de santé publique et de prise en charge du VIH doivent s'intégrer dans d'autres programmes au sein de l'UNHCR (ces mesures prenant la forme des activités multisectorielles décrites ci-dessus) ainsi que dans ceux qui entourent les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR (par exemple : gouvernements, programmes menés par les communautés hôtes).
- 8) **Qualité des services** : Les services dispensés aux réfugiés et aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR doivent répondre à des critères de qualité comme indiqué ci-dessous. Afin de contrôler la qualité, il importe de pouvoir compter sur des systèmes d'information délivrant des retours suffisants d'information.
- i) **Disponibilité** : Des services appropriés existent au sein de la communauté.
 - ii) **Accessibilité** : Les personnes qui ont besoin de services existants doivent pouvoir les obtenir quels que soient leurs statut, sexe, âge, statut matrimonial, race, religion, orientation sexuelle ou handicaps. Pendant la phase d'urgence, ces services doivent être dispensés gratuitement. Par la suite, ils devraient être abordables pour les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR. Cela dépend du contexte. Dans les camps de réfugiés, les services sont généralement fournis gratuitement, alors que dans les environnements urbains, les réfugiés se conforment à la situation existant dans le pays hôte ; toutefois, dans toutes les situations, il est nécessaire de pouvoir disposer d'un système permettant aux populations vulnérables d'avoir accès à des services appropriés indépendamment du coût. L'accessibilité, cela signifie également qu'il faut tenir compte des heures où le service est dispensé, des procédures d'enregistrement, et du lieu où les services sont rendus, y compris les hôpitaux vers lesquels les patients peuvent être transférés (par exemple, il faut s'assurer que les femmes auront accès aux soins obstétricaux d'urgence, notamment aux césariennes, au moment où elles en ont besoin).
 - iii) **Équité** : Différentes populations ou segments de populations dans une zone géographique déterminée peuvent obtenir les services dont elles ont besoin d'une manière analogue. Dans la plupart des circonstances, les communautés hôtes devraient avoir accès aux services fournis aux réfugiés vivant dans des camps, et les réfugiés aux services que le gouvernement met à la disposition des communautés hôtes dans les zones de non-camp. Des systèmes devraient exister afin de déterminer si les services dispensés aux femmes et aux enfants sont équitables.
 - iv) **Pertinence** : Les services de prévention, de soins et de traitement sont dispensés selon le contexte ; les services inutiles ou préjudiciables ne sont pas fournis. En cas d'urgence, des services minimums essentiels sont fournis et différents niveaux de services complets et tenant compte du contexte sont prévus pour la période de post-urgence. Pour toute solution durable la continuité des services est essentielle. Les services d'ensemble doivent être analogues à ceux qui existent dans le pays d'origine et dans le pays hôte. Toutefois des services minimums essentiels peuvent être fournis dans toutes les situations sans qu'il soit tenu compte de leur disponibilité au sein des communautés hôtes. Dans le cas où ces dernières n'auraient pas accès à ce type de services, l'UNHCR s'efforcera d'en promouvoir la fourniture dans les communautés hôtes dans les limites de ses moyens. Dans les environnements de personnes déplacées des pays développés, des soins plus sophistiqués, secondaires ou même tertiaires, doivent dans certains cas être préconisés selon le contexte et les crédits disponibles. Dans de telles circonstances, il est impératif de définir des priorités, et des soins de santé primaires à grande échelle, comprenant notamment des services de soins obstétricaux et de prévention, doivent être déclarés prioritaires.
 - v) **Acceptabilité** : Les services fournis satisfont aux attentes de la communauté qui y a accès. Ils comprennent, mais ne se limitent pas à la confidentialité, le consentement éclairé et la possibilité de choisir les services.
 - vi) **Efficacité** : Les services sont fournis au coût le plus bas possible, mais en remplissant les critères de qualité requis des services et en respectant le facteur temps.

- vii) **Efficacité:** l'ensemble des services est mis en oeuvre au coût le plus bas possible tout en satisfaisant les exigences de qualité sans déni perte de temps.

- 9) **Durabilité :** Les politiques et programmes doivent être conçus et mis en œuvre en visant l'objectif ultime de solutions durables et de permanence dans le long terme. Il convient de garder à l'esprit différentes questions importantes telles que la technologie appropriée, la création de capacités, ainsi que l'utilisation des compétences et des connaissances locales.



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le VIH et le Sida

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table des matières

Résumé d'orientation	II	1
Introduction	II	3
Buts et objectifs	II	5
Stratégies et Indicateurs de performance	II	6
Tableau 1 : Principales stratégies et Indicateurs de performance	II	7
Tableau 2 : Aperçu des Indicateurs de performance	II	12

Acronymes

ART	Thérapie antirétrovirale
BPTI	Budget-plan de travail intégré
CDV	Conseil et Dépistage Volontaire pour le VIH
DHRM	Division de la gestion des ressources humaines
IEC	Information, éducation et communication
IST	Infections sexuellement transmissibles
MSRP	Projet de renouvellement des systèmes de gestion
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
OSG	Objectifs stratégiques globaux
PDI	Personnes déplacées internes
PE	Partenaire d'exécution
PO	Partenaire opérationnel
PoC	Personne relevant de la compétence de l'UNHCR
PPE	Prophylaxie post-exposition
PSN	Plan stratégique national
PVVIH	Personne vivant avec le virus de l'immunodéficience acquise
RAP	Rapports annuels de protection
S&I	Normes et indicateurs
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SIVIH	Système d'information sur le VIH
SP	Santé publique
TB	Tuberculose
UNHCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
VS	Violence sexospécifique

EXECUTIVE SUMMARY

Le Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le VIH et le Sida (2008-2012) décrit les principales stratégies et les objectifs généraux relatifs à la lutte contre le VIH et le Sida dans le contexte du mandat de protection des réfugiés, des personnes déplacées dans leur pays (PDI) et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR. Le Plan est également conçu de façon à s'assurer que les opérations de l'UNHCR bénéficient des normes nationales et internationales dans les domaines de la prévention du VIH, du traitement, des politiques et programmes de soins et de soutien. En tant que co-parrain de l'ONUSIDA, l'UNHCR s'engage à harmoniser ses programmes de lutte contre le VIH et le Sida avec ceux des autres institutions concernées en accord avec le Cadre stratégique 2007-2010 de l'ONUSIDA¹. Le présent Plan stratégique contribue également à la réalisation de l'Objectif du Millénaire pour le Développement visant à faire régresser la propagation du VIH d'ici à 2015, qui comprend notamment l'accès universel d'ici 2010. Les indicateurs du Plan s'alignent sur ceux qui ont été approuvés en faveur de la lutte contre le VIH et le Sida par la Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies (UNGASS).

Le Plan stratégique a été conçu en vue d'orienter pendant la période 2008-2012 (voir les Principes directeurs 2008-12) les opérations menées dans les camps, dans les environnements urbains et autres situés hors de camps ainsi que dans les situations locales d'intégration et de rapatriement. Il s'appuie sur les leçons tirées de deux Plans stratégiques sur le VIH, le Sida et les réfugiés (2002-04 et 2005-07).

1 Voir les Trois Principes et les recommandations de la Cellule mondiale de réflexion de l'ONUSIDA

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL :

Soutenir et promouvoir les politiques de lutte contre le VIH et le Sida en vue de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des réfugiés, des PDI, des rapatriés et d'autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES GÉNÉRAUX DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE LUTTE CONTRE LE VIH ET LE SIDA :

- 1. Protection :** S'assurer que les droits humains des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont protégés lors de la mise en œuvre des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au Sida.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner, promouvoir, et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs au VIH au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Faire diminuer la transmission du VIH et des maladies qui en découlent en multipliant les interventions efficaces de prévention parmi les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, spécialement auprès des femmes, des enfants et des personnes présentant des besoins particuliers afin de s'assurer que ces personnes auront accès aux services de prévention et d'information relatifs au VIH.
- 4. Soins, soutien et traitement :** S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et vivant avec le VIH ont accès en temps utile à des services de soins, de soutien et de traitement efficaces et de qualité, notamment à une thérapie antirétrovirale de niveau équivalent à celle dont bénéficie la population générale.
- 5. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte contre le VIH et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables afin d'atténuer les effets à long terme du VIH et du Sida.
- 6. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités relatives à la lutte contre le VIH et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 7. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** S'assurer que les informations disponibles concernant les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont intégrées aux systèmes nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation du VIH ; contrôler régulièrement le degré d'accès des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aux programmes de prévention et de traitement du VIH et en faire rapport ; évaluer les performances et les réussites obtenues par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches de fourniture de services de prévention et de traitement du VIH aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

INTRODUCTION

On estime que le nombre des réfugiés et des personnes déplacées dans le monde atteint le chiffre de 20,8 millions², dont beaucoup résident dans des pays fortement touchés par le Sida. Quelque quatre millions de ces personnes vivent en Afrique subsaharienne. Les déplacements occasionnés par les conflits ou d'autres catastrophes peuvent accroître la vulnérabilité face au VIH en réduisant l'accès à des services de prévention, à l'information et aux produits de base. Les soins essentiels en matière de VIH peuvent manquer, ce qui accroît la vulnérabilité des personnes à l'infection par le VIH. En outre, les réseaux de soutien social sont souvent perturbés, la violence sexuelle peut augmenter, et la pauvreté peut conduire certains à proposer leurs services sexuels en échange de nourriture ou d'abris³. Toutefois, les déplacements peuvent faire diminuer la transmission du VIH en raison de la réduction de la mobilité en direction de zones de forte prévalence ; de l'isolement et de l'inaccessibilité des personnes déplacées au reste de la population ; et dans certaines circonstances, particulièrement dans les phases post-urgence, l'existence d'une meilleure protection et d'autres services relatifs au VIH que dans les pays ou régions d'origine⁴. La mesure dans laquelle les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont affectées par le VIH est de plus étudiée depuis ces dernières années. Il existe actuellement assez de preuves démontrant que dans nombre de situations, la prévalence du VIH parmi les populations affectées par des conflits et contraintes à se déplacer n'est pas nécessairement plus élevée que celle de la population qui les entoure ; à l'inverse, cette prévalence est inférieure dans de nombreux cas⁵.

Le Plan stratégique de l'UNHCR sur le VIH et le Sida donne un aperçu des objectifs et des actions stratégiques de protection, de prévention, de traitement, de soins et de soutien en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR. Ce Plan définit les principes sur lequel se fondent les activités de l'UNHCR relatives à la lutte contre le VIH et le Sida. Il énumère également les principaux indicateurs qui doivent servir à mesurer les progrès au regard des actions stratégiques afin de s'assurer que l'UNHCR est en accord avec les normes internes et internationales. Chaque fois que possible, des liens ont été établis entre les indicateurs stratégiques du Plan et les indicateurs de l'UNGASS et du Budget-plan de travail intégrés (BPTI) de l'ONUSIDA.

Les plans stratégiques de l'UNHCR pour la lutte contre le VIH et le SIDA ont été établis à partir des documents et des déclarations politiques suivants:

- UNHCR, Les réfugiés, le VIH et le Sida : Plans stratégiques 2002-04 et 2005-07
- ONUSIDA et UNHCR, Dossier de politique générale sur le VIH et les réfugiés, 2007
- UNHCR, Politique du HCR en matière de traitement antirétroviral pour les réfugiés, 2007
- Association sud-africaine des cliniciens de la lutte contre le VIH et UNHCR, Guide clinique pour la prise en charge antirétrovirale des personnes déplacées : Afrique du Sud, 2007
- ONUSIDA, BPTI 2008-2009, Cadre d'évaluation et de suivi des résultats, 2007
- ONUSIDA, Directives pratiques pour la prévention du VIH : En vue de l'accès universel, 2007
- OMS, Vers un accès universel, 2007
- ONUSIDA, Suivi de la Déclaration d'engagement sur le VIH/Sida, directives pour l'élaboration d'indicateurs de base, 2007
- UNHCR, Conclusions du Comité exécutif (No 107 (LVIII) – 2007)
- Note sur le VIH/Sida et la protection des réfugiés, des déplacés internes et des autres personnes relevant de la compétence du HCR, 2006
- ONUSIDA, Setting National Targets for Moving Towards Universal Access by 2010 : Operational Guidance, 2006
Fixer des cibles nationales vers l'accès universel d'ici 2010, directives opérationnelles, 2006

2 UNHCR (2006) Les réfugiés dans le monde : les déplacements humains du nouveau millénaire, Genève

3 ONUSIDA et UNHCR (2005) Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes, Genève

4 Hynes, M., Sheik, M., Wilson, H. and Spiegel, P. (2002) Reproductive Health Indicators and Outcomes among Refugee and Internally Displaced Persons in Post-emergency Phase Camps. JAMA, 288(5):595-603.

5 Spiegel PB, Bennedsen AR, Claass J, et al. Prevalence of HIV infection in conflict-affected and displaced people in seven sub-Saharan African countries: a systematic review. Lancet 2007;369(9580):2187-95.

- Inter-Agency Standing Committee, Guidelines for HIV/AIDS interventions in emergency settings, 2005 Comité permanent interorganisations : Directives pour la lutte contre le VIH/Sida dans les situations d'urgence, 2005
- ONUSIDA et UNHCR, Stratégies pour la prise en charge des besoins relatifs au VIH des réfugiés et populations hôtes, ONUSIDA Collection Meilleures Pratiques, 2005
- ONUSIDA, *Cellule mondiale de réflexion pour une meilleure coordination entre les organismes multilatéraux et les donateurs internationaux dans la riposte au Sida*, 2005
- ONUSIDA, *Technical Support Division of labour, Summary and Rationale*, 2005
- OMS et UNHCR, *Gestion Clinique des victimes de viol*, 2005
- ONUSIDA, *Les trois principes directeurs*, 2004
- Comité Exécutif. A/AC/06/087, Décision, paragraphe 24, 2003

Le VIH et le Sida sont également explicitement mentionnés dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009 (voir Encadré 1)⁶

Encadré 1. Le VIH et le Sida dans les objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

3.1. La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le Sida, et l'insuffisance de services de santé reproductive.

Objectifs de performance :

3.1.2. L'accroissement du pourcentage des populations relevant de la compétence de l'UNHCR ayant accès à des matériels d'information, d'éducation et de communication (IEC) culturellement appropriés sur le VIH et le Sida.

3.1.3. L'accroissement du pourcentage des populations relevant de la compétence de l'UNHCR ayant accès à une thérapie antirétrovirale (ART) lorsque l'ART est mise à la disposition de la population hôte.

Objectif stratégique global 4 - Riposter efficacement aux urgences en temps utile, en donnant la priorité à.

4.2. La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables en cas de situation d'urgence

Objectif de performance :

4.2.2. La mise en œuvre d'interventions de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois de la situation d'urgence en accordant une importance croissante à des critères relatifs à l'âge, au sexe et à la diversité des personnes touchées et en incluant des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables

Une estimation provisoire de tous les indicateurs et objectifs sera entreprise après la fin de 2009.

6 UNHCR Appel global 2007, *Objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR*

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL RELATIF AU VIH/SIDA POUR 2008-12 :

Soutenir et promouvoir des politiques et programmes de lutte contre le VIH et le Sida en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des déplacés internes, des rapatriés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES EN MATIÈRE DE VIH ET DE SIDA :

- 1. Protection :** Assurer aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR le respect des droits humains au sein des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs VIH au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Faire diminuer la transmission du VIH et des maladies qui en découlent en multipliant les interventions efficaces de prévention parmi les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, spécialement auprès des femmes, des enfants et des personnes présentant des besoins particuliers afin de s'assurer que ces personnes auront accès aux services de prévention et d'information relatifs au VIH.
- 4. Soins, soutien et traitement :** S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant avec le VIH ont accès en temps utile à des services de soins, de soutien et de traitements efficaces et de qualité, notamment à la thérapie antirétrovirale équivalente à celle qui est dispensée à la population au sein de laquelle ces personnes ont trouvé refuge.
- 5. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte contre le VIH et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables afin d'atténuer les effets à long terme du VIH et du Sida.
- 6. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités relatives à la lutte contre le VIH et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 7. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** S'assurer que les informations disponibles concernant les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont intégrées aux systèmes nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation du VIH ; contrôler régulièrement le degré d'accès des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aux programmes de prévention et de traitement du VIH et en faire rapport ; évaluer les performances et les réussites obtenues par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches de fourniture de services de prévention et de traitement du VIH aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard des sept objectifs relatifs au VIH et au Sida pour 2008 à 2012 en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional, national et des camps. Pour renforcer ce système, l'UNHCR fera également appel au cadre de suivi des de la performance du BPTI de l'ONUSIDA. Les **48 indicateurs** essentiels présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Ces indicateurs essentiels ne constituent pas une liste exhaustive qui permettrait de suivre les programmes de lutte contre le VIH de l'UNHCR, mais de nombreux autres, notamment des indicateurs de la performance des programmes, seront recueillis régulièrement et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations.

Le **tableau 1** donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le **tableau 2** donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques, les données sur lesquelles se fondent les mesures, et les liens avec les indicateurs globaux.

Les données sur le VIH et le Sida diffusées par l'UNHCR proviendront des sources suivantes :

1. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS) du HCR
2. UNHCR, Système d'information sur le VIH (SIVIH)
3. UNHCR, Normes et indicateurs (S&I)
4. UNHCR, Rapports annuels de protection (RAP)
5. UNHCR, Objectifs stratégiques globaux (OSG)
6. Enquêtes démographiques communes menées par les autorités nationales, l'UNHCR et d'autres institutions humanitaires, en coordination avec les Partenaires Opérationnels et d'Exécution.
7. Missions conjointes d'évaluation démographique menées les institutions des Nations Unies et les organisations non gouvernementales
8. UNHCR, Systèmes financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1: PROTECTION	S'assurer que les droits humains des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont protégés lors de la mise en œuvre des programmes de prévention, de traitement, de soins et de soutien relatifs au VIH et au SIDA.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(1.1) S'assurer que le statut VIH d'un demandeur d'asile ne constitue pas un obstacle à l'accès aux procédures d'asile ni un motif de refoulement	(1.1.1) % de pays où >10,000 réfugiés sont au bénéfice d'une législation protégeant les droits des demandeurs d'asile VIH-positifs
(1.2) Protéger les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR contre les éventuels tests obligatoires	(1.2.1) % de pays où >10,000 réfugiés ou PDI sont au bénéfice d'une législation protégeant les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR contre les tests obligatoires
(1.3) Assurer aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR l'accès à une thérapie antirétrovirale de niveau équivalent à celle dont bénéficie la population générale	(1.3.1) % de pays où les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale (ART) dès lors que celle-ci est mise à la disposition de la population générale locale
(1.4) S'assurer qu'une composante de prévention et de lutte relative à la VS font l'objet d'une promotion, d'un soutien et de la coordination avec les programmes de lutte contre le VIH	(1.4.1) % de pays ayant intégré une composante de prévention et de lutte relative à la VS dans les activités de lutte contre le VIH
(1.5) S'assurer que les enfants relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès à l'enseignement primaire et secondaire	(1.5.1) % d'enfants réfugiés scolarisés aux niveaux 1 à 6, par sexe (1.5.2) % d'enfants réfugiés scolarisés aux niveaux 7 à 12, par sexe
(1.6) S'assurer que le statut VIH ne constitue pas un obstacle à la réinstallation	(1.6.1) % de pays pratiquant la réinstallation qui fournissent des dispenses automatiques aux réfugiés dont le test du VIH se révèle positif
<p>Les Indicateurs 1.1.3, 1.2.1, 1.4.1, 1.4.2 et 1.5.1 du Plan stratégique en matière de santé reproductive s'appliquent également. L'Indicateur 1.1.1 du Plan stratégique en matière de nutrition et de sécurité alimentaire s'applique également.</p>	

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 2: COORDINATION ET INTÉGRATION	Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs VIH au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
<p>(2.1) Faire en sorte que les politiques et programmes relatifs au VIH et au Sida soient coordonnés et intégrés</p> <ul style="list-style-type: none"> i. dans les pays ii. au sein de l'UNHCR iii. dans le système international 	<p>(2.1.1) % de pays où le HCR participe activement aux activités du Groupe thématique conjoint des Nations Unies sur le VIH</p> <p>(2.1.2) % de Rapports annuels de protection consacrés au VIH et au Sida</p> <p>(2.1.3) % de toutes les stratégies globales de l'ONUSIDA de 2008 à 2012 qui prévoient la participation des réfugiés et des PDI</p> <p>Voir aussi 1.1.1 - 1.4.1.</p>
<p>(2.2) S'assurer que les politiques et programmes relatifs au VIH et au Sida menés à l'intention des PDI soient coordonnés et intégrés dans le processus de réforme humanitaire</p>	<p>(2.2.1) % de pays participant à un module⁷ en conformité avec le processus de réforme humanitaire et dans lequel la lutte contre le VIH et le Sida participe constitue une activité intersectorielle</p>
<p>(2.3) Plaider en faveur de l'inclusion des personnes relevant de la compétence du HCR dans les propositions des donateurs</p>	<p>Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (> 10,000 personnes) qui bénéficient de financements additionnels pour la lutte contre le VIH de la part des sources ci-dessous :</p> <p>(2.3.1) Le Fonds de secours d'urgence du Président contre le Sida</p> <p>(2.3.2) Les propositions et les initiatives régionales de la Banque mondiale</p> <p>(2.3.3) Le Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme</p> <p>(2.3.4) Le Fonds d'accélération programmatique de l'ONUSIDA</p>
<p>(2.4) Renforcer la capacité de coordination et de supervision du HCR par rapport aux autres parties prenantes concernées par la lutte contre le VIH (notamment les autorités des pays hôtes, les PE et les PO ainsi que les représentants des réfugiés)</p>	<p>(2.4.1) Nombre de Coordonnateurs du HCR pour le VIH</p> <p>(2.4.2) Nombre de réunions de coordination sur le VIH tenues chaque année</p>
<p>(2.5) S'assurer que suffisamment de ressources sont fournies pour les activités du HCR en matière de VIH et de Sida</p>	<p>(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des programmes relatifs au VIH et au Sida (USD/personne/année)</p> <p>Voir aussi 2.3.1-2.3.4.</p>
<p>(2.6) Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés et des PDI dans les plans stratégiques nationaux (PSN) pour la lutte contre le VIH et le Sida</p>	<p>(2.6.1) % de pays accueillant > 10,000 réfugiés ayant inclus les réfugiés dans leurs PSN, parmi ceux qui ont prévu d'actualiser d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012</p> <p>(2.6.2) % de pays comptant > 10,000 PDI ayant inclus les PDI dans leurs PSN, parmi ceux qui ont prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012</p>
<p>(2.7) S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR figurent dans les évaluations participatives et les analyses portant sur l'âge, le sexe et la diversité qui se déroulent au titre du cycle de gestion des opérations du HCR</p>	<p>(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives pendant le cycle de gestion des opérations</p>
<p>L'Indicateur 2.2.2 . du Plan stratégique sur la santé reproductive s'applique également</p>	

7 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que la protection, la coordination et la gestion des camps, l'éducation, les abris, la santé, ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 PRÉVENTION	Faire diminuer la transmission du VIH et des maladies qui en découlent en multipliant les interventions efficaces de prévention parmi les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, spécialement auprès des femmes, des enfants et des personnes présentant des besoins particuliers afin de s'assurer que ces personnes auront accès aux services de prévention et d'information relatifs au VIH.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(3.1) S'assurer que les personnes relevant de la compétence du HCR auront accès à des matériels d'information culturellement appropriés sur la prévention du VIH rédigés dans une langue et un format qui leur soit directement accessible	(3.1.1) % de pays ayant accès à des matériels d'information, d'éducation et de communication sur le Sida culturellement appropriés Voir aussi 1.4.1, 1.5.1, 1.5.2.
(3.2) Assurer l'approvisionnement des camps en sang contrôlé	(3.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés fournissant des transfusions sanguines à partir de sang ayant été testé pour le VIH selon des procédures reposant sur l'assurance de qualité
(3.3) S'assurer que les agents de santé travaillant dans les camps appliquent les précautions universelles	(3.3.1) % des opérations où les soins appliquent de façon satisfaisante les précautions universelles ⁸
(3.4) Ouvrir l'accès à des programmes de prévention et de traitement des infections sexuellement transmissibles	(3.4.1) Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme, par âge (3.4.2) Incidence de l'ulcère génital, par âge et par sexe (3.4.3) % de personnes dont le test de la syphilis s'est révélé positif, par âge et par sexe. (3.4.4) % des partenaires ou contacts de patients atteints d'IST ayant été déclarés et traités, par âge et par sexe
(3.5) Accroître l'accès des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR au Conseil et test du VIH (CDV)	(3.5.1) % de pays où les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès au CDV
(3.6) Etablir des liens entre les programmes relatifs au VIH, aux IST et à la tuberculose	(3.6.1) % nombre de personnes recevant le CDV adressés par les services des IST et de la tuberculose
(3.7) Elargir l'éducation à la prévention et l'accès aux préservatifs, ainsi que la réduction des risques, les services relatifs aux IST et au CDV à l'intention des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR les plus vulnérables	(3.7.1) % nombre de pays prenant en charge au moins une des populations les plus vulnérable (professionnelles du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) en mettant à leur disposition des programmes appropriés de prévention du VIH
(3.8) Accroître l'accès des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR à des programmes de transmission mère-enfant	(3.8.1) % de pays, lorsque indiqué, où les femmes enceintes et les nourrissons ont reçu un traitement antirétroviral en vue de réduire la transmission mère-enfant du VIH Voir aussi 1.3.1.
(3.9) Faire en sorte que la prophylaxie post-exposition (PPE) soit accessible à toutes les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ayant survécu à un viol	(3.9.1) % de pays faisant état de la fourniture de la PPE aux survivants de viols dans les 72 heures ayant suivi le viol
(3.10) Assurer l'accès aux préservatifs masculins et féminins	(3.10.1) % d'interventions en faveur des réfugiés au cours desquelles un nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins sont distribués ⁹
<p>Les Indicateurs 1.2.1, 1.2.2 et 3.6.1 du Plan stratégique sur le paludisme s'appliquent également</p> <p>Les Indicateurs 3.1.1-3.1.4, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.4, 3.3.1 et 3.5.1 sur la Santé reproductive s'appliquent également.</p> <p>Les Indicateurs 3.3.2 et 3.3.3 du Plan stratégique sur la Nutrition et la Sécurité alimentaire s'appliquent également.</p>	

8 Les Précautions universelles satisfaisantes sont un ensemble de procédures visant à diminuer le risque d'infection et se réfèrent pour cet indicateur à un stock suffisant d'aiguilles, de seringues et de gants se définissant comme aucune rupture de stock de > d'une semaine à un quelconque moment de l'année écoulée

9 Nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins = 0.5/par personne et par mois

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT</p>	<p>S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et vivant avec le VIH ont accès en temps utile à des services de soins, de soutien et de traitement efficaces et de qualité, notamment à une thérapie antirétrovirale de niveau équivalent à celle dont bénéficie la population générale.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(4.1) Fournir un traitement contre les infections opportunistes aux personnes relevant de la compétence du HCR vivant avec le VIH (PVVIH)</p>	<p>(4.1.1) % de pays disposant de programmes majeurs de lutte contre le VIH qui fournissent la prophylaxie par triméthoprim/sulfaméthoxazole aux enfants (4.1.2) % de pays disposant de programmes majeurs de lutte contre le VIH qui fournissent la prophylaxie par triméthoprim/sulfaméthoxazole aux adultes</p>
<p>(4.2) S'assurer que les PVVIH ont accès à des programmes d'alimentation complémentaire</p>	<p>(4.2.1) % de pays où les PVVIH relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès à des programmes d'alimentation complémentaire</p>
<p>(4.3) S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aient accès à une ART de qualité comparable à celle dont bénéficie la population générale</p>	<p>Voir (1.3.1).</p>
<p>Les Indicateurs 4.1.2, 4.2.1 et 4.2.3 du Plan stratégique sur la Nutrition et la Sécurité alimentaire s'appliquent également</p>	
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 5 DES SOLUTIONS DURABLES</p>	<p>Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte contre le VIH et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables afin d'atténuer les effets à long terme du VIH et du Sida.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(5.1) Promouvoir et mettre au point des politiques et des programmes d'intégration locale et de rapatriement incluant des interventions appropriées de prévention et de traitement relatives au VIH et au Sida.</p>	<p>(5.1.1) % de pays de rapatriement et de pays d'intégration locale prévoyant de poursuivre la fourniture d'ART dispensée aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR qui en ont besoin (5.1.2) % d'opérations au titre desquelles les réfugiés reçoivent des kits de rapatriés contenant du matériel de lutte contre le VIH dans les régions où l'épidémie du virus est généralisée (5.1.3) % d'opérations au titre desquelles des politiques et programmes ont été mis au point et intégrés aux stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement)</p>
<p>(5.2) Coordonner les informations relatives au VIH et au Sida et les communiquer aux gouvernements, aux institutions des Nations Unies et aux autres organismes humanitaires lors des interventions de rapatriement</p>	<p>(5.2.1) % de pays menant des opérations majeures de rapatriement qui recueillent des informations sur les programmes de lutte contre le VIH auprès des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR actifs dans les zones de rapatriement et qui les communiquent au gouvernement et aux organismes participant à la mise en œuvre des politiques et programmes</p>
<p>L'Indicateur 4.1.1 du Plan stratégique sur le paludisme s'applique également. Les Indicateurs 4.1.1 et 4.1.3 du Plan stratégique sur la Santé reproductive s'appliquent également. Les Indicateurs 5.1.1 et 5.1.2 du Plan stratégique sur la Nutrition et la Sécurité alimentaire s'appliquent également.</p>	

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6 : CREATION DE CAPACITES ET FORMATION</p>	<p>Créer et renforcer les connaissances et les capacités relatives à la lutte contre le VIH et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Former le personnel du HCR et de ses partenaires sur les protocoles, la prévention et le traitement relatifs au VIH</p>	<p>(6.1.1) Nombre d'ateliers et de séminaires de formation relatifs au VIH Voir aussi 2.4.2, 2.7.1.</p>
<p>(6.2) Donner aux personnes relevant de la compétence du HCR la formation nécessaire pour participer à la conception, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des programmes relatifs au VIH</p>	<p>(6.2.1) % de pays notifiant des activités de formation des personnes relevant de la compétence du HCR aux questions relatives au VIH Voir aussi 1.5.1, 1.5.2, 2.7.1, 3.1.1.</p>
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 7: ESTIMATIONS, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, ET RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>S'assurer que les informations disponibles concernant les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont intégrées aux systèmes nationaux de surveillance, de suivi et d'évaluation du VIH ; Contrôler régulièrement le degré d'accès des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aux programmes de prévention et de traitement du VIH et en faire rapport ; Evaluer les performances et les réussites obtenues par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; et Mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches de fourniture de services de prévention et de traitement du VIH aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(7.1) Recueillir et analyser régulièrement les données essentielles relatives au VIH en utilisant les définitions de cas normalisées et appliquer ces données</p>	<p>(7.1.1) % d'opérations en faveur des réfugiés se fondant sur le fonctionnement du SIS, y compris de sa composante relative au VIH, telle que définie dans les rapports mensuels reçus par le HCR (7.1.2) % de camps appliquant la surveillance sentinelle du VIH au moins deux fois par an dans les cas d'épidémie généralisée de VIH</p>
<p>(7.2) Améliorer les programmes de l'UNHCR par le biais de missions conjointes d'évaluation¹⁰ et de suivi relatifs au VIH</p>	<p>(7.2.1) Nombre de pays organisant des évaluations conjointes relatives au VIH ainsi que des missions de suivi</p>
<p>(7.3) Evaluer régulièrement les programmes de lutte contre le VIH</p>	<p>(7.3.1) % de camps et/ou programmes ayant évalué la portée et la qualité de leurs services relatifs au VIH tous les deux ans dans les environnements stables</p>
<p>(7.4) Mener des recherches opérationnelles comme prévu en vue d'orienter la mise en œuvre des programmes ou de résoudre les problèmes éventuels identifiés au sein des programmes</p>	<p>(7.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et réalisées en vue de fournir des informations à la planification des programmes ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>
<p>L'Indicateur 6.1.1 du Plan stratégique sur la Santé reproductive s'applique également</p>	

10 Il s'agit ici d'évaluations multisectorielles touchant la lutte contre le VIH, réalisées conjointement par plusieurs institutions auprès des réfugiés et des PDI.

Table 2: Aperçu des indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹¹	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source de mesure	Lien avec les indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹²
(1.1.1) % de pays où >10,000 réfugiés sont au bénéfice d'une législation protégeant les droits des demandeurs d'asile VIH-positifs	100%	Semestrielle	1, 2	RAP	BPTI ¹³ PO 5	Camp Non-camp
(1.2.1) % de pays où >10,000 réfugiés ou PDI sont au bénéfice d'une législation protégeant les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR contre les tests obligatoires	>75%	Semestrielle	1, 2	RAP	BPTI RP 5	Camp Non-camp
(1.3.1) % de pays où les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont au bénéfice d'une thérapie antirétrovirale (ART) dès lors que celle-ci est mise à la disposition de la population générale locale	>85%	Annuelle	1, 2,3,4	OSG Bureaux nationaux SIVIH	UNGASS ¹⁴ Indicateur 4	Camp Non-camp
(1.4.1) % de pays ayant intégré une composante de prévention et de lutte relative à la VS dans les activités de lutte contre le VIH	>85%	Annuelle	1, 2,3	Bureaux nationaux	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(1.5.1) % d'enfants réfugiés scolarisés aux niveaux 1 à 6, par sexe	100%	Annuelle	1,3,6	S&I	UNGASS12 BPTI RP 7	Camp
(1.5.2) % d'enfants réfugiés scolarisés aux niveaux 7 à 12, par sexe	20-40/1000 pop/année	Annuelle	1,6	S&I	UNGASS12 BPTI RP 7	Camp
(1.6.1) % de pays pratiquant la réinstallation qui fournissent des dispenses automatiques aux réfugiés dont le test du VIH se révèle positif	100%	Annuelle	1	RAP Rapports de réinstallation		Camp Non-camp
(2.1.1) % de pays où le HCR participe activement aux activités du Groupe thématique conjoint des Nations Unies sur le VIH	>90%	Annuelle	1,2	ONUSIDA	BPTI RP 1	Camp Non-camp
(2.1.2) % de Rapports annuels de protection consacrés au VIH et au Sida	100%	Annuelle	1, 2	RAP	BPTI RP 5	Camp Non-camp
(2.1.3) % de toutes les stratégies globales de l'ONUSIDA de 2008 à 2012 qui prévoient la participation des réfugiés et des PDI	100%	Annuelle	1, 2	ONUSIDA	BPTI RP 1	Sans objet
(2.2.1) % de pays participant à un module ¹⁵ en conformité avec le processus de réforme humanitaire et dans lequel la lutte contre le VIH et le Sida constitue une activité intersectorielle	100%	Annuelle	2	Bureaux nationaux		Camp Non-camp

11 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2012. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

12 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré **pour la première fois**. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones de camps ou de non-camps ; mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

13 BPTI RP = Résultat Principal du Budget-Plan de travail unifié de l'ONUSIDA pour 2008 et 2009

14 UNGASS = Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ayant mis au point une série d'indicateurs internationaux essentiels permettant de mesurer l'efficacité des ripostes nationales au VIH.

15 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement.

Table 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source de mesure	Lien avec les indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹²
(2.3.1) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000 personnes) qui bénéficient de financements additionnels pour la lutte contre le VIH du Fonds de secours d'urgence du Président contre le Sida	Variable	Annuelle	1, 2	MSRP Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 1	Camp Non camp
(2.3.2) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000 personnes) qui bénéficient des propositions et des initiatives régionales de la Banque mondiale	Variable	Annuelle	1, 2	MSRP Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 1	Camp Non camp
(2.3.3) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000 personnes) qui bénéficient du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	Variable	Annuelle	1, 2	MSRP Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 1	Camp Non camp
(2.3.4) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000 personnes) qui bénéficient du Fonds d'accélération programmatique de l'ONUSIDA	Variable	Annuelle	1, 2	MSRP Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 1	Camp Non camp
(2.4.1) Nombre de Coordonnateurs du HCR pour le VIH aux niveaux national et régional	Variable	Annuelle	1,2	Bureaux nationaux Siège		Camp Non-camp
(2.4.2) Nombre de réunions de coordination sur le VIH tenues chaque année	Variable	Annuelle	1,2,6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Camp Non-camp
(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des programmes relatifs au VIH et au Sida (USD/personne/année)	Variable	Annuelle	2	MSRP	BPTI RP 1	Camp Non-camp
(2.6.1) % des pays accueillant >10,000 réfugiés ayant inclus les réfugiés dans leurs PSN, parmi ceux qui ont prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012	>80%	Semestrielle	2	Plans stratégiques nationaux relatifs au VIH	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(2.6.2) % de pays comptant >10,000 PDI ayant inclus les PDI dans leurs PSN, parmi ceux qui ont prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012	>80%	Semestrielle	2	Plans stratégiques nationaux relatifs au VIH	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives pendant le cycle de gestion des opérations	>75%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(3.1.1) % de pays ayant accès à des matériels d'information, d'éducation et de communication sur le Sida culturellement appropriés	>95%	Annuelle	1,3,6	OSG Bureaux nationaux SIVIH	BPTI RP 7	Camp
(3.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés fournissant des transfusions sanguines à partir de sang ayant été testé pour le VIH selon des procédures reposant sur l'assurance de qualité	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH	UNGASS 3 BPTI RP 7	Camp

Table 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source de mesure	Lien avec les indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹²
(3.3.1) % des opérations où les soins appliquent de façon satisfaisante les précautions universelles ¹⁶	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH	BPTI RP 7	Camp
(3.4.1) Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme, par âge	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH SIS	BPTI RP 7	Camp
(3.4.2) Incidence de l'ulcère génital, par âge et par sexe –par camp, pays et région	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH SIS	BPTI RP 7	Camp
(3.4.3) % de personnes dont le test de la syphilis s'est révélé positif, par âge et par sexe.	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH SIS	BPTI RP 7	Camp Non camp
(3.4.4) % des partenaires ou contacts de patients atteints d'IST ayant été déclarés et traités, par âge et par sexe	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH SIS	BPTI RP 7	Camp Non camp
(3.5.1) % de pays où les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès au CDV	>90% en cas d'épidémie généralisée	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH SIS	UNGASS 8 BPTI RP 7	Camp Non-Camp
(3.6.1) % nombre de personnes recevant le CDV adressés par les services des IST et de la tuberculose	Variable	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH	UNGASS 8 BPTI RP 7	Camp Non-camp
(3.7.1) % nombre de pays prenant en charge au moins une des populations les plus vulnérables (professionnelles du sexe, consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes) en mettant à leur disposition des programmes appropriés de prévention du VIH	>75%	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH	UNGASS 9 BPTI RP 7	Camp Non-camp
(3.8.1) % de pays, lorsque indiqué, où les femmes enceintes ont reçu un traitement antirétroviral en vue de réduire la transmission mère-enfant du VIH	>90% en cas d'épidémie généralisée	Mensuelle, Annuelle	1, 3	SIVIH SIS	UNGASS 5 BPTI RP 7	Camp Non camp
(3.9.1) % de pays faisant état de la fourniture de la PPE aux survivants de viols dans les 72 heures ayant suivi le viol	100%	Mensuelle, Annuelle	3	SIS	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(3.10.1) % d'interventions en faveur des réfugiés au cours desquelles un nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins sont distribués ¹⁷	>75%	Annuelle	3	SIS	UNGASS 17,18,19 et 20	Camp
(4.1.1) % de pays disposant de programmes majeurs de lutte contre le VIH qui fournissent la prophylaxie par triméthoprim/sulfaméthoxazole aux enfants	>75%	Annuelle	4	SIS	UBW PO 7	Camp Non camp

16 Les Précautions universelles satisfaisantes sont un ensemble de procédures visant à diminuer le risque d'infection et se réfèrent pour cet indicateur à un stock suffisant d'aiguilles, de seringues et de gants se définissant comme aucune rupture de stock de > d'une semaine à un quelconque moment de l'année écoulée

17 Nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins = 0.5/par personne et par mois

Table 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source de mesure	Lien avec les indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹²
(4.1.2) % de pays disposant de programmes majeurs de lutte contre le VIH qui fournissent la prophylaxie par triméthoprim/sulfaméthoxazole aux adultes	>75%	Annuelle	4	SIS	BPTI RP 7	Camp Non camp
(4.2.1) % de pays où les PVVIH relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès à des programmes d'alimentation complémentaire	>80%	Annuelle	4	Bureaux nationaux SIVIH	BPTI RP 7	Camp
(5.1.1) % de pays de rapatriement et de pays d'intégration locale prévoyant de poursuivre la fourniture d'ART dispensée aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR qui en ont besoin	100%	Annuelle	1, 5	OSG Bureaux nationaux	UNGASS Indicateur 4 BPTI RP 7	Camp Non-camp
(5.1.2) % d'opérations au titre desquelles les réfugiés reçoivent des kits de rapatriés contenant du matériel de lutte contre le VIH dans les régions où l'épidémie du virus est généralisée	100%	Annuelle	5	Bureaux nationaux	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(5.1.3) % d'opérations au titre desquelles des politiques et programmes de lutte contre le VIH ont été mis au point et intégrés aux stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement)	100%	Annuelle	1, 5	Bureaux nationaux	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(5.2.1) % de pays menant des opérations majeures de rapatriement qui recueillent des informations sur les programmes de lutte contre le VIH auprès des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR actifs dans les zones de rapatriement et qui les communiquent au gouvernement et aux organismes participant à la mise en œuvre des politiques et programmes	100%	Annuelle	1, 5	Bureaux nationaux	BPTI RP 7	Camp Non-camp
(6.1.1) Nombre d'ateliers et de séminaires de formation relatifs au VIH	Variable	Annuelle	2, 6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	BPTI RP 4 BPTI RP 7	Camp Non-camp
(6.2.1) % de pays notifiant des activités de formation des personnes relevant de la compétence du HCR aux questions relatives au VIH	100%	Annuelle	1, 3, 6	Bureaux nationaux	BPTI RP 4 BPTI RP 7	Camp Non camp
(7.1.1) % d'opérations en faveur des réfugiés se fondant sur le fonctionnement du SIS, y compris de sa composante relative au VIH, telle que définie dans les rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Annuelle	7	SIS	BPTI RP 3	Camp en priorité, avec accent mis sur Non-camp
(7.1.2) Nombre de pays organisant des évaluations conjointes relative au VIH ainsi que des missions de suivi	>75%	Annuelle	7	Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 3	Camp
(7.2.1) Nombre de pays organisant des évaluations conjointes relative au VIH ainsi que des missions de suivi	Variable	Annuelle	7	Bureaux nationaux Siège	UBW PO 3	Camp Non-camp
(7.3.1) % de camps et/ou programmes ayant évalué la portée et la qualité de leurs services relatifs au VIH tous les deux ans dans les environnements stables	100%	Semestrielle	7	Bureaux nationaux Siège	BPTI RP 3, 7	Camp
(7.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et réalisées en vue de fournir des informations à la planification des programmes ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes	Variable	Annuelle	7	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	BPTI RP 3	Camp Non-camp





UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le Paludisme

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table des matières

Résumé d'orientation	III	2
Introduction	III	4
Buts et objectifs	III	6
Stratégies et indicateurs de performance	III	7
Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance	III	8
Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance	III	13
Annexe 1: Directives techniques	III	16
Annex 2: Liste de contrôle de la situation du paludisme	III	27

Liste des acronymes

ACT	Thérapie combinée à base d'artémisinine
DOTS	Traitement sous surveillance directe
Fonds mondial	Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme
GMP	Programme mondial de lutte antipaludique
IEC	Information, éducation et communication
IM	Intramusculaire
IRS	Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires d'insecticide
IV	intraveineuse
LBW	Poids insuffisant à la naissance
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILD	Moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée
MS	Ministères de la Santé
MSRP	Projet de renouvellement de la gestion des systèmes
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation mondiale de la Santé
<i>P. falciparum</i>	<i>Plasmodium falciparum</i>
PDI	Personnes déplacées internes
PE	Partenaire d'exécution
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PO	Partenaire d'exécution
RAP	Rapports annuels de protection
RBM	Faire reculer le paludisme
S&I	Normes et indicateurs
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sur la santé
SP	Sulfadoxine-pyriméthamine
SPR	Taux de positivité des lames
TDR	Test de diagnostic rapide
TFC	Centre d'alimentation thérapeutique
TPIg	Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le paludisme constitue toujours une cause importante de maladie et de mortalité parmi de nombreuses populations de réfugiés. Les stratégies de lutte contre la maladie parmi ces populations et d'autres personnes déplacées n'ont pas suivi le rythme des changements qui se sont produits récemment dans le monde.

Le contexte dans lequel la lutte contre le paludisme se déroule s'est transformé ces dix dernières années. On constate désormais une résistance quasi mondiale aux médicaments antipaludiques et l'épidémie de Sida continue de s'étendre. Mais dans le même temps, de nouveaux moyens efficaces de traitement et de prévention ont été mis au point : les tests de diagnostic rapide, les médicaments antipaludiques à effet rapide, les moustiquaires insecticides de longue durée et le traitement préventif intermittent administré pendant la grossesse. Par ailleurs, un mouvement mondial en faveur de l'amélioration de la lutte contre le paludisme se fait sentir.

Le présent document donne un aperçu des objectifs stratégiques que l'UNHCR, conscient de ses obligations fondamentales de protection des droits humains des réfugiés et des personnes déplacées en termes de morbidité et de mortalité, a mis au point en vue d'aligner ses programmes destinés à ces populations sur les normes mondiales en la matière. Le Plan stratégique vise à orienter les opérations menées dans les camps et les environnements urbains ou autres en dehors des camps, ainsi que dans les situations d'intégration locale et de rapatriement tout au long de la période 2008-2012 (voir les principes d'orientation 2008-2012). Le plan s'inspire des leçons tirées de la mise en œuvre du précédent Plan stratégique pour la lutte contre le paludisme (2005-2007).

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL:

Soutenir et promouvoir les politiques et les programmes de lutte antipaludique afin de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE :

- 1. Protection:** Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique
- 2. Coordination et intégration:** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et des programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention:** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre aient accès à un diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
- 4. Des solutions durables:** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes en vue d'instaurer des solutions durables.
- 5. Création de capacités:** Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.

INTRODUCTION

Le paludisme reste une cause primordiale de maladie et de décès parmi les réfugiés et les populations déplacées. La majorité des réfugiés vivent aujourd'hui dans des régions où le paludisme est endémique. Cette situation ne s'est pas atténuée au cours des dernières années, bien au contraire, et de nouveaux facteurs aggravants tels que les changements climatiques, les catastrophes naturelles et le déplacement de populations entières ont modifié le comportement des moustiques et le profil épidémiologique de certains pays. Les personnes relevant de la compétence du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) sont encore près de 33 millions, dont près des deux tiers (63%) vivent dans des régions d'endémie palustre.

De nombreux facteurs peuvent aggraver la vulnérabilité des réfugiés face à la morbidité et à la mortalité dues au paludisme. Les femmes enceintes et les jeunes enfants courent des risques particuliers de tomber gravement malade ou de mourir, or les femmes en âge de procréer et les enfants sont majoritaires dans une grande partie des populations de réfugiés. Les camps de réfugiés sont souvent implantés sur des terres marginales où prolifèrent les sites de reproduction des vecteurs du paludisme. Les réfugiés souffrent fréquemment de malnutrition, en particulier dans la période suivant immédiatement leur voyage. Au cours de leur périple, ils ont peut-être traversé des régions ou abouti dans des endroits où l'endémicité palustre est plus élevée que dans leur lieu d'origine et où les programmes de lutte antipaludique peuvent avoir cessé d'exister du fait même du conflit les ayant obligés à fuir ou encore n'avoir jamais été mise en œuvre.

Un changement stratégique significatif de la lutte antipaludique s'est produit au cours des dix dernières années, particulièrement en Afrique. Les crédits mis à disposition se sont accrus dans une mesure que l'on n'avait plus connue depuis la campagne d'éradication d'il y a 50 ans. Ces nouvelles ressources sont principalement utilisées pour soutenir les stocks nécessaires à la thérapie combinée à base d'artémisinine appelée à remplacer les traitements à la chloroquine et à la sulphadoxine-pyriméthamine devenus inefficaces pour le traitement de première ligne, ainsi qu'à la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide de longue durée.

Le Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg) a démontré sa grande efficacité à combattre les complications potentielles relatives au paludisme dans les environnements à transmission modérée à forte, et particulièrement dans les camps où les réfugiés bénéficient d'un accès satisfaisant aux services de santé. Il y a une interaction entre l'épidémie de VIH et le paludisme et l'infection par le VIH augmente la vulnérabilité au paludisme en raison de son effet adverse sur la grossesse tandis que le paludisme peut accroître la charge virale des infections par le VIH.

Les « meilleures pratiques » mondialement reconnues en matière de lutte antipaludique sont un mélange des normes communes d'intervention du Projet SPHERE¹ et d'interventions spécifiques de lutte antipaludique entérinées par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS);² celles-ci se retrouvent dans les huit principaux objectifs stratégiques et sont décrites en détail dans le Tableau 1.

Le Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le paludisme atteste de la vision, des objectifs stratégiques et des principales stratégies grâce auxquels l'UNHCR se propose d'intégrer des interventions efficaces de lutte antipaludique dans son mandat général de protection des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de sa compétence. Le Plan fournit également des indicateurs essentiels en vue de mesurer les progrès au regard des objectifs stratégiques, permettant ainsi à l'UNHCR d'atteindre ses propres normes et de s'aligner sur les normes internationales.

1 Le Projet Sphère, Charte humanitaire et normes minimales pour les interventions lors des catastrophes. Le Projet Sphère, Genève, 2004.

2 Organisation mondiale de la Santé. Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes : manuel interorganisations à l'intention du personnel de terrain (sous presse). Genève : Organisation mondiale de la Santé.

Les bases du Plan stratégique de l'UNHCR pour la lutte contre le paludisme 2008 – 2012 sont jetées dans les ouvrages suivant :

- Plan stratégique du HCR pour la lutte contre le paludisme (2005-2007)
- Global Malaria Programme (2007). Insecticide treated malaria nets: a position statement. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé (2006). Directives pour le traitement du paludisme. Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Organisation mondiale de la Santé. Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes : Manuel interorganisations à l'intention du personnel de terrain (sous presse). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- Roll Back Malaria (2005). Strategic orientation paper on prevention and control of malaria. Genève: Organisation mondiale de la Santé.

Le paludisme est également explicitement mentionné dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009 (voir Encadré 1)³

Encadré 1. Le paludisme dans les objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

3.1. La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le Sida, et l'insuffisance de services de santé reproductive ;

Objectif de performance :

3.1.4. Pourcentage de personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre ayant accès à la thérapie combinée basée sur l'artémisinine (ACT) où les ruptures de stock ayant duré plus d'une semaine ont augmenté au cours des 12 derniers mois

3.1.5. Pourcentage de camps de réfugiés situés dans des zones d'endémie palustre où l'accès à des mesures de prévention (moustiquaires imprégnées/pulvérisations d'insecticides) ainsi qu'à des matériels d'IEC culturellement appropriés a augmenté

Objectif stratégique global 4 - Riposter efficacement et en temps utile aux urgences, en donnant la priorité à :

4.2. La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables en cas de situation d'urgence

Objectif de performance :

4.2.2. La mise en œuvre d'interventions de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois de la situation d'urgence en accordant une importance croissante à des critères relatifs à l'âge, au sexe et à la diversité des personnes touchées et en incluant des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables

3 UNHCR, « Budget-programme biennal pour 2008-2009 du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. » A/AC.96/1040, 12 septembre 2007, Cinquante-huitième session.

La mise en œuvre des activités qui permettront de réaliser les objectifs stratégiques reposera sur la participation de différents acteurs. L'UNHCR se chargera principalement de suivre les progrès au regard des objectifs et de la mise au point de plans programmatiques qui décriront en détail les rôles et les responsabilités des partenaires, si nécessaire en coordination avec les Ministres de la Santé des pays concernés (souvent avec l'appui de l'OMS). Le soutien technique proviendra de sources diverses, notamment des Centers for Disease Control and Prevention et d'autres organisations internationales, de l'OMS, de l'UNICEF et d'autres institutions des Nations Unies, ainsi que des institutions académiques.

Une évaluation provisoire de tous les indicateurs et objectifs de ce plan sera entreprise après la fin de 2009.

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL:

Soutenir et promouvoir les politiques et les programmes de lutte antipaludique afin de réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE LUTTE ANTIPALUDIQUE :

- 1. Protection:** Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique
- 2. Coordination et intégration:** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et des programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention:** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre aient accès à un diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
- 4. Des solutions durables:** Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes en vue d'instaurer des solutions durables.
- 5. Création de capacités:** Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.
- 6. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, recherche opérationnelle:** Evaluer régulièrement le statut du paludisme au sein des populations relevant de la compétence de l'UNHCR et en faire rapport afin de fournir en temps utile des informations à la planification et à la mise en œuvre des programmes ; évaluer la performance et les réalisations programmatiques en se fondant sur une approche gestionnaire fondée sur les résultats : et élaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles sur les nouvelles stratégies et technologies utilisées dans la lutte antipaludique.

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard de ces objectifs en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional et national. Les données obtenues seront rassemblées et feront l'objet de rapports périodiques au niveau global. Les **38 indicateurs essentiels** présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Chacun de ces indicateurs en suggère de nombreux autres qui pourraient être mis en œuvre, par exemple des indicateurs de suivi de la performance des programmes, qui ne figurent pas nécessairement dans le présent document, mais dont un grand nombre sont régulièrement recueillis et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations.

Le **tableau 1** donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le **tableau 2** donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques, les données sur lesquelles se fondent les mesures, et les liens avec les indicateurs globaux.

Les données sur le paludisme diffusées par l'UNHCR proviendront principalement des sources suivantes :

1. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS)
2. UNHCR, Normes et Indicateurs (S&Is)
3. UNHCR, Rapports annuels de protection (RAP)
4. UNHCR, objectifs stratégiques globaux
5. UNHCR, Missions conjointes d'évaluation menées de concert avec d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales
6. Enquêtes démographiques
7. UNHCR, Systèmes financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 1: PROTECTION</p>	<p>Protéger les droits des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en particulier dans le domaine de la lutte antipaludique.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(1.1) Fournir aux personnes relevant de la compétence du HCR en cas de situation d'urgence un minimum de services de lutte antipaludique agréés sur le plan international</p>	<p>(1.1.1) Mortalité brute chez les moins de cinq ans, toutes causes (par sexe) (1.1.2) Mortalité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans) (1.1.3) Morbidité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans) (1.1.4) Incidence du paludisme (suspecté et confirmé) (brute, moins de 5 ans)</p>
<p>(1.2) Fournir une protection appropriée contre le paludisme aux populations vulnérables et à risque en mettant en œuvre des mesures préventives agréées mondialement</p>	<p>(1.2.1) % de femmes enceintes recevant des MILD/MII au cours de la phase d'urgence (1.2.2) % de ménages disposant d'au moins une MILD/MII en phase stable</p>
<p>Les Indicateurs 1.5.1 et 1.5.2 du Plan stratégique sur le VIH et le Sida s'appliquent également.</p>	

4 Etant donné que 2008/2009 est une période de transition en ce qui concerne le type de moustiquaires qui seront distribuées, l'indicateur MILD/MII devrait correspondre au type de moustiquaires distribuées. Dans certains cas, des indicateurs distincts seront nécessaires pour les MILD et les MII. On s'attend à ce qu'après 2009, toutes les opérations distribueront exclusivement des MILD.

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 2: COORDINATION ET INTEGRATION	Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes de lutte antipaludique au sein d'une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(2.1) S'assurer que les politiques et programmes de lutte antipaludique en faveur des PDI sont coordonnées et intégrées au sein du processus de réforme humanitaire	(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la santé organisées par les pays inclus dans le module ⁵
(2.2) Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés et des PDI dans les Plans nationaux de lutte antipaludique	(2.2.1) % de pays hébergeant >10,000 réfugiés qui ont explicitement inclus les réfugiés dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012. (2.2.2) % de pays hébergeant >10,000 PDI qui ont explicitement inclus les PDI dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012.
(2.3) Renforcer la capacité de coordination de la santé et la supervision du HCR par rapport aux parties prenantes concernées (par exemple les autorités pays hôte, les PE et les PO, ainsi que les représentants des réfugiés)	(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé du HCR (2.3.2) Nombre de réunions de coordination sur la santé tenues chaque année, y compris les réunions spéciales du groupe de travail sur le paludisme organisées en cas d'épidémie.
(2.4) Participer en tant que membre au réseau contre le paludisme en cas d'épidémie, coordonné par l'OMS	(2.4.1) % de conférences téléphoniques du réseau ou de réunions auxquelles le siège du HCR (ou un représentant nommé par lui) a participé au cours de l'année précédente
(2.5) Veiller à ce que des ressources suffisantes soient affectées au soutien des activités antipaludiques du HCR	(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à la lutte antipaludique (USD/personne/année)
(2.6) Plaider en faveur de l'inclusion des personnes relevant de la compétence du HCR dans les propositions des donateurs	Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (> 10,000 personnes) bénéficiant de crédits supplémentaires de la part des sources de financement suivantes : (2.6.1) Initiative du Président des Etats-Unis contre le Paludisme et (2.6.2) Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme Voir aussi 2.5.1 .
(2.7) Faire en sorte que les personnes relevant de la compétence du HCR figurent dans les évaluations participatives et les analyses portant sur l'âge, le sexe et la diversité réalisées au titre du cycle de gestion des opérations du HCR	(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives au titre du cycle de gestion des opérations

⁵ Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 3: ACCES AU DIAGNOSTIC PRECOCE, A UN TRAITEMENT RAPIDE ET EFFICACE, ET A LA PREVENTION	S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des zones d'endémie palustre ont accès au diagnostic précoce, à un traitement rapide et efficace, et à la prévention, en conformité avec les normes internationales
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(3.1) Fournir un diagnostic gratuit ou fortement subventionné, le traitement et la prévention en tenant compte des conditions environnementales	(3.1.1) % de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique ⁶ Voir aussi 1.1.1-1.1.4.
(3.2) appuyer les programmes visant à répondre aux normes de diagnostic en laboratoire fixées par les politiques nationales	(3.2.1) % de camps ou programmes répondant aux normes nationales de diagnostic en laboratoire
(3.3) Assurer la fourniture d'ACT appropriée dans les zones où le paludisme à <i>P. falciparum</i> prédomine ; dans les zones où d'autres espèces prédominent, utiliser les directives agréées sur le plan international	(3.3.1) % de camps ou programmes utilisant l'ACT en tant que traitement de première ligne pour les cas de paludisme simple, par pays (3.3.2) % de services de santé ne signalant pas de rupture de stock d'ACT ⁷ (3.3.3) Rupture de stock ayant duré ≥1 semaine au cours du mois précédent pendant la phase d'urgence ⁸ (3.3.4) Rupture de stock ayant duré ≥1 semaine au cours des trois mois précédents pendant la phase stable
(3.4) Fournir les MILD en priorité aux populations les plus vulnérables pendant la phase d'urgence et en étendant la distribution à tout le monde ne phase stable	(3.4.1) % de ménages possédant toujours > 1 MILD/MII six mois après la distribution de moustiquaires (3.4.2) % d'établissements hospitaliers où tous les lits sont équipés d'une MILD/MII Voir aussi 1.3.1 and 1.3.2.
(3.5) Utiliser les IRS lorsque nécessaire	(3.5.1) % d'habitations salubres après que les pulvérisations rémanentes intradomociliaires (IRS) d'insecticide ont été utilisées pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention
(3.6) Fournir le TPIg à toutes les femmes enceintes se présentant aux soins prénatals	(3.6.1) % de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de TPIg lorsque nécessaire
(3.7) Elaborer des plans de préparation aux épidémies incluant des activités de lutte antipaludique si approprié	(3.7.1) % de camps ou programmes mettant en œuvre en temps utile des plans de préparation aux épidémies, y compris aux épidémies de paludisme si approprié
<p>L'Indicateur 3.2.1 du Plan stratégique pour la lutte contre le VIH et le Sida s'applique également. L'Indicateur 3.4.6 du Plan stratégique pour la santé reproductive s'applique également. Les Indicateurs 3.2.4 et 3.2.5 du Plan stratégique pour la nutrition et la sécurité alimentaire s'applique également. L'Indicateur 3.5.2 du Plan stratégique pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement s'applique également.</p>	

6 Formulation de l'OMS/GMP :
- Décès attribués au paludisme sur 100,000 personnes par an
- Cas de paludisme notifiés sur 1000 personnes par an
- Cas de paludisme grave sur 100,000 personnes par an
- % de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique

7 La rupture de stock est définie comme une interruption d'approvisionnement des ACT pendant une période > 1 semaine pendant le dernier mois de la phase d'urgence

8 La rupture de stock est définie comme une interruption d'approvisionnement des ACT pendant une période > 1 semaine pendant la dernière année de la phase post urgence, de stabilisation

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 4: DES SOLUTIONS DURABLES</p>	<p>Mettre au point des stratégies et des interventions de lutte antipaludique et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(4.1) Promouvoir et mettre place des politiques et programmes d'intégration et de rapatriement incluant des interventions appropriées de prévention et de traitement du paludisme</p>	<p>(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent en temps utiles et si nécessaire des kits de rapatriés définis ici comme ≥ 1 MILD/MII par ménage avec mode d'emploi (4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de lutte antipaludique ont été conçus et intégrés, si nécessaire, aux plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement) (4.1.3) % de programmes offrant des services antipaludiques aux points de rapatriement si nécessaire</p>
<p>(4.2) Coordonner et échanger les informations disponibles sur la lutte antipaludique avec les gouvernements, les institutions des Nations Unies et d'autres organisations humanitaires pendant les opérations de rapatriement</p>	<p>(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement, qui recueillent sur ces sites des informations sur la lutte antipaludique parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et les communiquent au gouvernement et aux organisations chargées de la conception des politiques et programmes de lutte antipaludique</p>
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 5 : CREATION DE CAPACITES</p>	<p>Créer et renforcer les connaissances spécifiques de la lutte antipaludique et fournir les instruments techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et des personnels travaillant à leurs côtés.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(5.1) Former le personnel de santé du HCR et de ses partenaires aux protocoles, à la prévention et au traitement appliqués par la lutte antipaludique</p>	<p>(5.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires du domaine de la santé qui reçoivent une formation sur les nouveaux protocoles de traitement et de dépistage des cas de paludisme simple, de prévention efficace du paludisme et du traitement clinique des cas de paludisme grave Voir aussi 2.3.2, 2.7.1, 3.7.1.</p>
<p>(5.2) Fournir des programmes d'éducation communautaire axés sur la lutte antipaludique aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence du HCR.</p>	<p>(5.2.1) % de pays signalant une formation sur la lutte antipaludique dispensée aux personnes relevant de la compétence du HCR Voir aussi 2.7.1, 4.1.1.</p>

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6: ESTIMATIONS, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>Evaluer régulièrement le statut du paludisme au sein des populations relevant de la compétence de l'UNHCR et en faire rapport afin de fournir en temps utile des informations à la planification programmatique et à la mise en œuvre des programmes ; Evaluer la performance et les réalisations des programmes suivant une approche gestionnaire fondée sur les résultats ; et Elaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles sur les nouvelles stratégies et technologies utilisées dans la lutte antipaludique.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Réaliser des estimations relatives à la situation du paludisme en utilisant une liste de pointage normalisée⁹</p>	<p>(6.1.1) % d'estimations relatives au paludisme réalisées dans les zones d'endémie pendant la période d'urgence initiale</p>
<p>(6.2) Recueillir et analyser les données essentielles relatives à la lutte antipaludique en utilisant les définitions de cas normalisées et appliquer ces données</p>	<p>(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR</p>
<p>(6.3) Evaluer régulièrement les programmes de lutte antipaludique</p>	<p>(6.3.1) % de camps ou programmes ayant évalué leur couverture antipaludique ainsi que leurs services de lutte contre le paludisme tous les deux ans dans les environnements stables</p>
<p>(6.4) Mener des recherches opérationnelles comme indiqué afin d'orienter la mise en œuvre programmatique (par exemple : efficacité des médicaments antipaludiques, nouveaux matériels imprégnés d'insecticide, adhérence à l'ACT et acceptabilité de l'ACT) ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>	<p>(6.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue de fournir des informations à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>

9 Voir en page 15 des Directives techniques pour la lutte antipaludique (http://www.who.int/malaria/docs/brochure_RBM.pdf) une liste de pointage normalisée à utiliser dans ces évaluations

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(1.1.1) Mortalité brute chez les moins de 5 ans, toutes causes (par sexe)	< 1 décès/1000/mois < 2 décès/1000/mois	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.1.2) Mortalité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.1.3) Morbidité proportionnelle due au paludisme (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp Non-camp
(1.1.4) Incidence du paludisme (suspecté et confirmé) (brute, moins de 5 ans)	Variable; basée sur l'endémicité	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.2.1) % de femmes enceintes recevant des MILD/MII au cours de la phase d'urgence	>75%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(1.2.2) % de ménages disposant d'au moins une MILD/MII en phase stable	>75%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur le paludisme	Camp
(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la santé organisées par les pays inclus dans le module ¹³	>75%	Annuelle	2	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(2.2.1) % de pays hébergeant >10,000 réfugiés qui ont explicitement inclus les réfugiés dans le Plan national de lutte antipaludique parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012	>80%	Semestrielle	2	Plans nationaux de lutte antipaludique	Camp Non-camp
(2.2.2) % de pays hébergeant >10,000 PDI qui ont explicitement inclus les PDI dans le Plan national de lutte antipaludique, parmi ceux ayant prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012.	>80%	Semestrielle	2	Plans nationaux de lutte antipaludique	Camp Non-camp
(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé publique du HCR travaillant aux niveaux national et régional	Variable	Annuelle	2	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.3.2) Nombre de réunions de coordination sur la santé tenues chaque année, y compris les réunions spéciales du groupe de travail sur le paludisme organisées en cas d'épidémie	12	Annuelle	2,5	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.4.1) % de conférences téléphoniques du réseau ou de réunions auxquelles le siège du HCR (ou un représentant nommé par le siège) a participé	>75%	Annuelle	2	Notes des conférences téléphoniques du réseau	Camp Non-camp

10 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2010. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

11 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré **pour la première fois**. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones de camps ou de non-camps, mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

12 Etant donné que 2008/2009 est une période de transition en ce qui concerne le type de moustiquaires qui seront distribuées, l'indicateur MILD/MII devrait correspondre au type de moustiquaires distribuées. Dans certains cas, des indicateurs distincts seront nécessaires pour les MILD et les MII. On s'attend à ce qu'après 2009, toutes les opérations distribueront exclusivement des MILD.

13 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement.

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à la lutte antipaludique (USD/personne/année) .	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP	Camp Non-camp
(2.6.1) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000) bénéficiant de crédits supplémentaires provenant de l'Initiative du Président des Etats-Unis contre le paludisme	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP Siège	Camp Non-camp
(2.6.2) Nombre de pays hébergeant des personnes relevant de la compétence du HCR (>10,000) bénéficiant de crédits supplémentaires provenant du Fonds mondial de lutte contre le Sida, la Tuberculose et le Paludisme	VARIABLE	Annuelle	2	MRSP Siège	Camp Non-camp
(2.7.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations	>75%	Annuelle	2,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.1.1) Proportion de cas de paludisme confirmés par examen parasitologique	VARIABLE	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(3.2.1) % de camps ou programmes répondant aux normes nationales de diagnostic en laboratoire	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.3.1) % de camps ou programmes utilisant l'ACT en tant que traitement de première ligne pour les cas de paludisme simple, par pays	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.2) % de services de santé ne signalant pas de rupture de stock d'ACT	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.3) Rupture de stock ayant duré ≥ 1 semaine au cours du mois précédent pendant la phase d'urgence	0%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp Non-camp
(3.3.4) Rupture de stock ayant duré ≥ 1 semaine au cours des 3 mois précédents pendant la phase stable	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Missions conjointes	Camp
(3.4.1) % de ménages possédant toujours > 1 MILD/MII six mois après la distribution de moustiquaires	>50%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.4.2) % d'établissement hospitaliers où tous les lits sont équipés d'une MILD/MII	100%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.5.1) % d'habitations salubres après que les pulvérisations rémanentes intradomiciliaires (IRS) d'insecticide ont été utilisées pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention.	>60%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Enquête sur les MILD	Camp
(3.6.1) % de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals ayant reçu au moins 2 doses de TPIg lorsque nécessaire	>80%	Mensuelle, Annuelle	3	SIS	Camp
(3.7.1) % de camps ou programmes mettant en œuvre en temps utile des plans de préparation aux épidémies, y compris aux épidémies de paludisme.	>80%	Mensuelle, Annuelle	3,5	Bureaux nationaux	Camp

Table 2: Aperçu des Indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp¹¹
(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent en temps utiles et si nécessaire des kits de rapatriés définis ici comme ≥1 MILD/MII par ménage avec mode d'emploi	100%	Annuelle	3,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de lutte antipaludique ont été conçus et intégrés, si nécessaire, aux plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration et zones de rapatriement)	100%	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.1.3) % de programmes offrant des services antipaludiques aux points de rapatriement si nécessaire	100%	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement, qui recueillent sur ces sites des informations sur la lutte antipaludique parmi les réfugiés et les autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et les communiquent au gouvernement et aux organisations chargées de la conception des politiques et programmes de lutte antipaludique	Variable	Annuelle	4	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires du domaine de la santé qui reçoivent une formation sur les nouveaux protocoles de traitement et de dépistage des cas de paludisme simple, de prévention efficace du paludisme et du traitement clinique des cas de paludisme grave	>75%	Annuelle	2,3,5	Bureaux nationaux	Camp
(5.2.1) % de pays indiquant qu'une formation en matière de lutte antipaludique est dispensée aux personnes relevant de la compétence du HCR	>80%	Annuelle	2,4,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.1.1) % d'estimations relatives au paludisme réalisées dans les zones d'endémie pendant la période d'urgence initiale	100%	Annuelle	6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Mensuelle, Annuelle	6	SIS	Primarily camp with emphasis to include non camp
(6.3.1) % de camps ou programmes ayant évalué leur couverture antipaludique ainsi que leurs services de lutte contre le paludisme tous les deux ans dans les environnements stables	100%	Semestrielle	6	Bureaux nationaux HQ	Camp
(6.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue de fournir des informations à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes	Variable	Annuelle	6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Offices HQ	Camp Non-camp

ANNEXE 1: DIRECTIVES TECHNIQUES

PLAN STRATÉGIQUE DE L'UNHCR POUR LA LUTTE CONTRE LE PALUDISME

L'objectif des présentes directives est de fournir des informations complémentaires sur les activités la lutte antipaludique mises en œuvre durant les opérations de l'UNHCR. Ce document n'est pas destiné à se substituer aux publications, plus complètes, sur le paludisme, mais à fournir une information sur les raisons, le contexte et tout ce qui touche aux objectifs et indicateurs mentionnés spécifiquement dans le Plan stratégique. Les présentes directives contiennent les recommandations et les prises de position les plus récentes et les plus pertinentes de diverses autorités scientifiques. Cette information peut être utilisée par des experts et du personnel de nombreux niveaux, y compris par les dirigeants des bureaux sur le terrain, les personnes chargées de formuler les programmes et le personnel de santé. Les directives abordent en priorité des questions telles que le diagnostic et le traitement, la prévention, la participation, ainsi que le suivi et l'évaluation, en prenant soigneusement en compte les réalités de populations particulières auxquelles l'UNHCR dispense son aide et pour lesquelles elle plaide. Toutes les informations et références devraient être considérées à la lumière du dynamisme des informations scientifiques et de la constante émergence de nouvelles données que l'on observe dans le monde de la lutte antipaludique.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

"Combattre le VIH/Sida, le paludisme et d'autres maladies" est l'objectif 6 des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement¹ dont l'achèvement est prévu à l'horizon 2015. Afin d'atteindre l'objectif 6, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et le Programme mondial de lutte antipaludique (GMP) prévoient de mettre en œuvre trois interventions prioritaires devant lutter efficacement contre le paludisme :

- Le diagnostic et le traitement des cas de paludisme au moyen de médicaments efficaces ;
- La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII), et plus spécifiquement de moustiquaires insecticides de longue durée (MILD), afin d'atteindre la couverture totale des populations à risque paludique ;
et
- Les pulvérisations rémanentes intradomiciliaires (IRS) d'insecticide afin de prévenir ou d'endiguer les flambées épidémiques et de permettre aux MILD de faire diminuer la transmission de la maladie.

TESTS DE DIAGNOSTIC RAPIDE (TDR)

Le diagnostic et le traitement devraient être gratuits pour le patient et le traitement se fonder sur la confirmation de laboratoire (lequel délivre les résultats en une heure), sauf dans les cas suivants :

1. Durant les épidémies confirmées de paludisme où le nombre important de patients ne permet pas de tester individuellement chaque patient ayant de la fièvre, OU
2. Parmi les enfants de moins de 5 ans dans les lieux de forte transmission (taux de positivité des lames de >50%), car c'est le modèle de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) (utilisant un traitement fondé sur le diagnostic clinique) qui est suivi dans ce cas.¹¹

Dans les situations d'urgence on a souvent recours au test de diagnostic rapide (TDR). Généralement on utilise des TDR qui ne détectent que *P. falciparum* (par exemple le Paracheck[®]), car il est moins coûteux, plus facile à utiliser et plus robuste que ceux qui sont capables de détecter également d'autres espèces. Il est en outre important d'exclure l'infection à *P. falciparum*, potentiellement plus souvent mortel que d'autres espèces. Toutefois, les TDR ne devraient pas être utilisés pour faire des recherches concernant des échecs suspectés du traitement, ou pour évaluer l'efficacité d'un médicament car leur positivité demeure active jusque qu'à deux semaines après le succès du traitement. Dans les environnements où l'on sait que d'autres espèces de paludisme (telles que *P. vivax*) sont prévalentes, il convient

d'envisager l'utilisation d'autres tests TDR, mais, encore une fois, ces derniers sont plus coûteux, moins efficaces et moins fiables dans les conditions sur le terrain.

La formation, la supervision, le matériel et les produits servant à la microscopie appliquée au paludisme devraient dans le long terme remplacer les tests TDR pour la confirmation du diagnostic dans les environnements stables. Dans toutes les circonstances, il faut pouvoir disposer d'au moins un laboratoire de référence utilisant une microscopie de qualité pour la prise en charge des patients, en particulier pour la mise en évidence des échecs de traitement et le suivi, le paludisme grave et le dépistage hebdomadaire des patients souffrant de malnutrition sévère. Il est également essentiel de contrôler la qualité des tests TDR qui sont stockés et utilisés sur le terrain.

Thérapie combinée à base d'artémisinine (ACT)

Que l'on ait affaire à des situations d'urgence ou non urgentes, le principe essentiel de la riposte est un accès rapide au traitement. Le traitement de première ligne devrait être l'ACT, administrée après confirmation du cas par le test TDR ou la microscopie. L'artemether-lumefantrine (Coartem[®]) que l'on trouve dans le nouveau kit sanitaire d'urgence interinstitutions est recommandé spécifiquement en tant que traitement de première ligne car il demeure efficace à >95% dans la plupart des environnements en Afrique. Il se peut cependant que d'autres traitements de première ligne puissent être recommandés en raison des différentes directives nationales de traitement antipaludique.

Femmes enceintes et enfants

L'artemether-lumefantrine sera administré aux femmes enceintes souffrant de paludisme simple au cours des 2^e et 3^e trimestres de la grossesse, et la quinine et la clindamycine pendant le 1^{er} trimestre : en outre, il n'est pas nécessaire de l'interrompre dans les cas graves ou lorsqu'on ne dispose pas d'une autre alternative, mais il n'est pas recommandé chez les enfants pesant moins de cinq kilos.ⁱⁱⁱ

Paludisme grave

Les cas individuels de paludisme grave sont caractérisés par une hypoglycémie, une anémie sévère, un état de choc, le coma, la défaillance rénale et l'œdème pulmonaire. Ces complications doivent être prises en charge et traitées d'urgence en plus de la thérapie antipaludique appropriée. Les directives recommandent l'utilisation d'artesunate (en intraveineuse [IV] ou intramusculaire [IM]), d'artemeter (IM), ou de dérivés de l'artémisinine administrés par voie rectale, qui sont généralement administrés aux patients adressés par un service où les IV et les IM ne sont pas pratiqués ou le sont de façon inappropriée. L'IV de quinine est une alternative de dernier recours, mais l'objectif devrait être dans le long terme de passer à une thérapie orale ACT complète lorsque approprié sur le plan clinique. Au début des situations d'urgence, lorsque les diagnostics ne sont pas encore disponibles, les traitements empiriques du paludisme sévère diagnostiqués cliniquement ne doivent pas être interrompus. Les groupes courants à risque de développer un paludisme sévère sont les femmes enceintes, les jeunes enfants, les personnes récemment déplacées, et les personnes immunodépressives ou souffrant de malnutrition grave.ⁱⁱⁱ

Une fois la phase d'urgence passée, l'approche du traitement et du diagnostic doit chaque fois que possible s'harmoniser avec le Programme national de lutte antipaludique du pays hôte. Les protocoles de traitement doivent toujours se fonder sur l'utilisation de médicaments antipaludiques efficaces. Ce sera l'ACT, dans le cas de la plupart des zones à transmission de *P. falciparum*. Les protocoles de traitements médicamenteux doivent se fonder sur des données d'efficacité datant de moins de deux ans. Lorsque celles-ci ne sont pas disponibles, l'UNHCR et ses partenaires peuvent devoir lancer des études d'efficacité en collaboration avec les Ministères de la Santé (MS) des pays touchés et d'autres partenaires, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Dans les cas où les protocoles thérapeutiques des pays sont basés sur un traitement médicamenteux ayant perdu son efficacité, il faudra obtenir une permission spéciale des pouvoirs locaux à l'effet de se démarquer du protocole national. Dans ce type de situations,

la meilleure stratégie serait de faire appel au médicament le plus efficace pour traiter toute personne se trouvant dans la zone où vivent les réfugiés, mais cette tactique n'est en réalité que rarement appliquée.

Personnes déplacées internes (PDI) et réfugiés de retour dans leurs foyers

Avec les mouvements massifs de populations, de très nombreuses personnes risquent de se rendre dans des régions d'intense activité palustre. On pense qu'une immunité partielle à l'égard du paludisme peut diminuer progressivement si les personnes concernées séjournent six mois ou plus dans des zones non endémiques. Des espèces ou des souches différentes peuvent également être transférées dans de nouvelles régions où la sensibilité aux médicaments varie, ce qui crée des risques potentiels tant pour les nouveaux arrivants que pour les populations qui y résident.

Au cas où l'on ait prévu de larges mouvements de populations, la mesure la plus efficace du point de vue des coûts est d'agir au plus près du moment du départ en testant l'ensemble de la population et en traitant les cas positifs par l'ACT. Des efforts intenses d'information, d'éducation et de communication (IEH) sont nécessaires afin de s'assurer que les populations nouvellement arrivées recherchent rapidement des soins en cas de maladies fébriles et bénéficient d'interventions de prévention telles que la distribution de MILD.

LA PRÉVENTION

Des mesures sont généralement mises en œuvre à mesure que la phase urgente évolue vers une situation plus stable, où le flux de population a diminué. Mettre en œuvre une prévention efficace suppose que l'on dispose de personnel formé (en particulier des agents de santé et d'assainissement communautaires), de financements suffisants, d'interventions appropriées et acceptables sur le plan culturel et que l'on se concentre sur une programmation à base communautaire. Certains facteurs, comme l'accès limité ou la difficulté de l'approvisionnement consécutive aux conflits, des problèmes de sécurité, des divergences dans les efforts de prévention et de traitement, la pénurie d'expertise et un roulement rapide des personnels peuvent exercer des contraintes sur la mise en œuvre des mesures de prévention. De plus, ces situations instables compliquent les efforts de planification et d'évaluation à long terme de la prévention.

Pendant la phase aiguë, plusieurs facteurs, tels que le risque d'infection, les caractéristiques de la population, la nature des abris ainsi que celle de moustiques vecteurs locaux peuvent aider à déterminer quelles mesures seront les mieux appropriées. Alors que la situation devient peu à peu chronique, il importe de procéder à des réévaluations, car les abris comme les mouvements de populations peuvent se modifier.

En dehors des phases d'urgence, des campagnes d'IEC culturellement appropriées doivent accompagner la mise en œuvre des mesures préventives. Les agents de santé communautaires doivent collaborer étroitement avec les personnels chargés de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement de manière à appliquer les stratégies intégrées de gestion de la lutte antivectorielle, notamment les activités visant à réduire les sources de vecteurs (drainage des gîtes de reproduction, entretien des fontaines publiques, etc.)

Traitement préventif intermittent au cours de la grossesse (TPIg)

Le risque d'infection paludéenne, en particulier d'infection à *P.falciparum*, et de gravité clinique de la maladie est particulièrement élevé chez les femmes enceintes. Ce risque dépend aussi souvent du statut VIH et du statut immunitaire existant avant l'exposition au paludisme ainsi que des grossesses (une parité plus élevée a un effet protecteur). La complication la plus courante du paludisme chez les femmes enceintes est une anémie sévère, alors que pour le nourrisson elle prend la forme d'un poids insuffisant à la naissance (LBW), ou d'un pronostic de décès néonatal.

De nombreuses études ont démontré que dans les zones de transmission modérée, où les mères ont au minimum une immunité partielle, les thérapies préventives sont bénéfiques pour les femmes enceintes et leur enfant. Pour ces dernières, les interventions au moment de l'urgence devraient inclure une gestion efficace des cas, une recherche active des cas fébriles, le dépistage du paludisme, la distribution prioritaire de MILD, ainsi que la fourniture du TPIg en association avec les soins prénatals.

En dépit des hauts niveaux de résistance à ce traitement, la sulfadoxine-pyriméthamine (SP) reste le médicament de base de choix pour le TPIg, lequel doit être mis en œuvre, même en l'absence d'une politique nationale de TPIg, dans les circonstances suivantes :

- Intensité de transmission de modérée à forte
- Existence de services de soins prénatals
- L'efficacité de la SP demeure au moins modérée (résistance de <50%)

La SP est administrée une fois au cours du 2^e trimestre de la grossesse et une fois au cours du 3^e trimestre. Pour les mères VIH-positives, ou dans les cas où la prévalence du VIH chez les femmes enceintes dépasse 10 %, et elle s'administre tous les mois dès le début du 2^e trimestre de la grossesse. Toutefois, la SP ne devrait pas être donnée aux femmes VIH-positives recevant quotidiennement la prophylaxie cotrimoxazole. Dans les environnements et les épidémies à faible transmission et où la SP est insuffisante (résistance à > de 50%), la lutte antipaludique pour les femmes enceintes devrait se concentrer sur le diagnostic et le traitement rapides ainsi que sur d'autres interventions préventives. Idéalement, le TPIg devrait suivre le principe de la thérapie sous surveillance directe (DOT) et toutes les doses administrées devraient être consignées dans un registre réservé à cet effet. Il convient de mettre au point un système consistant à charger les agents de santé communautaires de retrouver les femmes qui ne se sont pas présentées pour recevoir leurs doses de TPIg.

Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires d'insecticide (IRS)

Les IRS peuvent être efficaces dans les zones d'urgence mais leur succès est tributaire de plusieurs conditions : le vecteur doit être endophile (vivre à l'intérieur des maisons), l'insecticide utilisé doit être efficace, le personnel doit être bien formé, et les parois des habitations doivent se prêter aux pulvérisations. Il faut en outre tester tout le matériel qui sera utilisé, et le réparer si nécessaire, avant d'entreprendre une campagne de pulvérisations.

Les expériences provenant de nombreux programmes de l'UNHCR ou autres montrent que les pulvérisations commencent après le début de saison des pluies, trop tard pour avoir un impact sur la transmission du paludisme. C'est là un gaspillage considérable de ressources et vraisemblablement un risque de conséquences négatives sur l'environnement et la santé humaine. Même si toutes les conditions opérationnelles requises sont en place, les IRS n'atteignent pas toujours leur objectif de façon satisfaisante. Les insecticides doivent être sélectionnés sur la base de données connues d'efficacité et de sensibilité ; en outre, en raison de l'acceptation toute relative par le public depuis des années, les stratégies IRS ont de la peine à mettre en œuvre des campagnes efficaces d'IEC les campagnes de pulvérisations et de porter au maximum la participation et l'adhésion du public. Le moment choisi pour effectuer ces campagnes doit aussi prendre en compte la pratique culturelle d'enduire les murs de boue lors des vacances ou d'autres pratiques traditionnelles.^{IV}

Pour que la communauté soit efficacement protégée, il faut qu'au moins 85% des habitations soient concernées.^V Les pulvérisations ne devraient être entreprises, tant en cas d'urgence que dans les situations stables, que si les éléments suivants existent sur place :

- Des équipements et une logistique adéquats et disponibles
- Des experts et du personnel formé
- Un plan de mise en œuvre bien conçu comprenant des niveaux de supervision et de suivi adéquats
- La possibilité d'effectuer les pulvérisations avant la saison des pluies

Les indicateurs suggérés sont notamment les suivants :^v

- Couverture = nombre d'habitations soumises à pulvérisation/ nombre d'habitations dans la zone cible (%)
- Insecticide utilisé par habitations = quantité d'insecticide/nombre d'habitations pulvérisées (une mesure de l'efficacité et de l'utilisation correcte de l'insecticide)
- Acceptabilité par les utilisateurs avant la pulvérisation = % de ménages acceptant la pulvérisation
- Acceptabilité par les utilisateurs après la pulvérisation = % d'habitation replâtrées ou lavées, ou % de ménages se plaignant de la pulvérisation (évaluation un mois après l'intervention)

Moustiquaires insecticides de longue durée (MILD) et Moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)

L'OMS recommande actuellement de couvrir l'ensemble de la population courant un risque de paludisme, en précisant que les programmes de lutte antipaludique devraient acheter uniquement des MILD afin d'assurer une couverture à 100% des personnes exposées à la maladie. On sait toutefois que les moustiquaires sont en mesure de fournir une protection à l'ensemble d'une communauté, même lorsqu'elles ne sont utilisées que par 60% des personnes.^{vi,vii} Lorsque la couverture est inférieure à ce taux, elles n'ont en revanche d'effet que sur les individus qui en font usage la nuit.

Pendant la phase d'urgence initiale, les moustiquaires ne devraient être distribuées qu'aux personnes les plus exposées, telles que les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Mais dès que cela devient possible, elles devraient être remises gratuitement à l'ensemble de la population à risque. Dans les zones d'endémie, tous les nourrissons recevant leurs premières vaccinations au dispensaire et toutes les femmes enceintes se présentant aux soins prénatals devraient recevoir une MILD.^{viii} Tous les programmes de l'UNHCR devraient équiper tous les lits hospitaliers d'une MILD (dans les dispensaires, les hôpitaux et les centres d'alimentation thérapeutique). D'autres campagnes de distribution de moustiquaires peuvent être lancées afin d'équiper les établissements de santé primaires, les programmes de lutte contre le VIH et le Sida, les centres d'alimentation et d'en fournir aux agents de santé communautaires. Ces mesures permettront de veiller à ce que toutes les populations exposées bénéficient de ces campagnes.

La distribution doit s'accompagner de stratégies efficaces d'éducation communautaire, de surveillance et de suivi. L'utilisation erronée ou la revente de moustiquaires est un problème dans les communautés où l'engagement communautaire et l'éducation ne sont pas menés de façon adéquate, et où existent des conflits de priorités de survie. Ainsi, certains programmes ont constaté que les gens vendent leurs moustiquaires lorsque les rations alimentaires sont supprimées ou que la distribution de produits non alimentaires est limitée.

De nombreux autres produits imprégnés d'insecticide ont été utilisés pour tenter de freiner la propagation du paludisme, comme par exemple des couvertures, des vêtements ou des toiles plastiques de protection ont été traités de cette manière. Mais si certains montrent des résultats prometteurs, aucun n'est actuellement approuvé et/ou recommandé par l'OMS ou le Plan d'évaluation des pesticides de l'OMS. Des hamacs imprégnés d'insecticide peuvent constituer un atout valable pour les personnes déplacées qui peuvent les utiliser pour se protéger du paludisme en milieu sylvatique.

Les moustiquaires insecticides de longue durée sont en principe actives pendant trois ans dans des conditions de terrain si elles sont utilisées selon les recommandations. Etant donné les conditions très difficiles dans lesquelles les personnes sont souvent contraintes de vivre, on peut avoir à placer la barre plus bas en ce qui concerne la durée de validité des MILD dans ce type d'environnements. Les programmes devraient mettre en place un système permettant d'enregistrer la date à laquelle les MILD ont été acquises et distribuées et inscrire au budget leur remplacement à des intervalles réguliers selon les besoins.

Un suivi de la conservation et de l'utilisation des moustiquaires devrait être effectué régulièrement, notamment au moment de la distribution, un mois et six mois après la distribution, puis chaque année. Il est essentiel de pouvoir faire la distinction entre la conservation des moustiquaires et leur usage approprié. Ci-dessous, des exemples d'indicateurs :^v

- Couverture = nombre de MILD/MII distribuées/taille de la population cible (%)
- Taux d'utilisation = nombre d'enfants de moins de 5 ans/femmes enceintes ayant dormi sous moustiquaire la nuit précédente/ nombre d'enfants de moins de 5 ans/femmes enceintes ayant reçu des MILD/MII (%)
- Taux de conservation des moustiquaires = nombre de personnes qui conservent leurs MILD/MII / Nombre de personnes ayant reçu des MILD/MII à l'origine (%)
- Taux de détérioration = nombre moyen de trous par MILD/MII

La distribution de MILD est une intervention relativement nouvelle, aussi, de nombreux programmes utilisent encore les MII. Dans ce cas, il faut mettre en œuvre régulièrement un programme de ré-imprégnation au sein des communautés ainsi que de toutes les moustiquaires utilisées dans les services hospitaliers.

Information, éducation, communication (IEC) et Participation communautaire

Plus que pour d'autres opérations de prévention et de traitement, il importe que celles qui concernent le paludisme puissent s'appuyer sur des communautés qui participent et s'investissent. Les interventions de prévention, telles que l'utilisation des MILD doivent pouvoir compter sur des individus qui, non seulement acceptent les moustiquaires et les conservent, mais également qui savent les utiliser correctement. De même, les effets positifs de l'IRS peuvent être annulés si la population cible nourrit des craintes à l'endroit de l'insecticide ou ne comprend pas pourquoi il n'est pas possible de replâtrer ou de laver les murs après une pulvérisation. Les retards dans la recherche d'un traitement auprès des services de santé peuvent diminuer si des messages d'IEC culturellement à l'écoute et appropriés sont mis au point au moyen de méthodes reposant sur la participation de représentants de la communauté.

Lors de la mise au point de messages et de priorités, plusieurs questions primordiales doivent être incluses: le lien qui existe entre le moustique et la maladie, l'identification des personnes les plus exposées, la nécessité de rechercher rapidement un traitement en cas de maladie fébrile, la distinction entre paludisme simple et paludisme grave, ainsi que les méthodes de prévention et la meilleure façon d'avoir accès aux services de santé. Chaque fois que possible, les activités d'IEC devraient s'inscrire dans des manifestations culturelles et sociales et être reliées à d'autres campagnes. Les messages d'éducation pour la santé doivent être largement diffusés et affichés visiblement dans tous les services de santé, ainsi que dans les camps ou installations, dans les lieux de rencontre, tels que les salles communautaires, les églises ou d'autres lieux.

On ne répétera jamais assez que l'IEC doit être appropriée du point de vue linguistique, social et culturel. Pour concevoir des messages efficaces d'éducation, il est impératif de suivre différentes étapes :^v

- Définir les objectifs de l'éducation pour la santé
- Identifier le public cible
- Définir les comportements que l'on souhaite voir adopter et mettre au point des messages clairs
- Fournir des informations sur ce que les gens peuvent faire par eux-mêmes
- Utiliser des méthodes culturellement acceptables
- Délivrer les messages par l'intermédiaire de personnes respectées et inspirant la confiance
- Fournir des formations et des matériels

Pour faciliter ces objectifs, il est utile de réunir des groupes de travail auxquels participent des représentants des partenaires d'exécution et des institutions de coordinations (par exemple des personnes représentant la santé, l'eau et l'assainissement, l'éducation et les programmes d'enrichissement culturel), ainsi que les leaders communautaires des populations de réfugiés et des populations hôtes. On peut renforcer la participation en organisant régulièrement des réunions au cours desquelles on peut informer et écouter les doléances de tous les points de vue. Un avantage supplémentaire de ces groupes de travail est que ceux qui les fréquentent recevront régulièrement des nouvelles fraîches et une formation officielle concernant des domaines relatifs à la lutte antipaludique et se familiariseront avec différents moyens d'améliorer la collaboration avec d'autres secteurs.

Préparation et riposte aux épidémies

Il est parfois assez difficile de déclarer qu'une épidémie s'est déclenchée car les taux de base de morbidité et de mortalité palustre ainsi que les taux d'endémicité ne sont pas toujours connus, en particulier dans les situations d'urgence et parmi les populations mobiles. En outre, les flambées de paludisme peuvent être subaiguës et reposer sur des causes multifactorielles. Toutefois, lorsque des données de base ou saisonnières font défaut (dans les situations stables, on a souvent besoin de données sur cinq ans pour établir des comparaisons), le taux d'incidence hebdomadaire, le taux de létalité, le taux de positivité des lames (SPR) et la mortalité proportionnelle palustre peuvent être utiles. Dans ces cas, on recommande que le seuil d'alerte d'une flambée suspectée soit fixé à une augmentation des cas de 1,5 fois au-dessus du nombre de base, ce nombre étant celui du taux moyen calculé sur les trois semaines précédentes.

Les suspicions de flambée épidémique de paludisme devraient faire immédiatement l'objet d'investigations en vue d'atteindre deux objectifs :

1. Confirmer la cause de l'épidémie au moyen d'enquêtes rapides de prévalence (SPR élevé ou taux de positivité par TDR parmi un nombre moins élevé de cas)
2. Décrire les caractéristiques de l'épidémie (groupes d'âge, répartition temporelle et géographique, courbe épidémique)^v

Les mesures appropriées de préparation comprennent plusieurs éléments :

- a. Constituer des stocks suffisants de médicaments et d'approvisionnement
- b. Mettre au point de plans de riposte à l'épidémie comprenant la mobilisation de ressources
- c. Identifier les personnels qui serviront de points de contact pendant l'épidémie
- d. Prévoir suffisamment de personnel et de moyens de transport au cas où des équipes mobiles seraient nécessaires
- e. Former tous les personnels aux mesures à prendre en cas de situation d'urgence

Étant donné la brièveté de la demi-vie des nouvelles ACT, il faut prêter attention à la durée de conservation du médicament au moment de déterminer pendant combien de temps les antipaludiques pourront être stockés avant d'arriver à leur date de péremption. Les TDR sont également sensibles à la chaleur et il faudra les stocker dans un endroit frais chaque fois que possible.

Une fois que l'on a déterminé que l'épidémie est en cours, la priorité la plus urgente est de fournir un diagnostic et un traitement rapide et efficace selon les directives mentionnées ci-dessus. On pourra envisager de mettre en place des stratégies de lutte antivectrielle, bien que celles-ci soient avant tout des mesures préventives, mais elles ne devraient pas avoir recours aux ressources prévues pour les efforts en matière de diagnostic et de traitement. Dans le meilleur des cas, les stratégies de lutte antivectrielle devraient être mises en œuvre avant que l'épidémie n'atteigne sa période de pointe.

En ce qui concerne le traitement, il importe de mettre à disposition un nombre suffisant de points d'accès et de cibler les populations vulnérables. Une fois que les tests ont confirmé qu'une épidémie de paludisme est en cours, on peut également, comme ces lieux s'y prêtent, recourir à un traitement empirique fondé sur les définitions cliniques de cas. Le TDR ou la microscopie peuvent se poursuivre pour un petit pourcentage de patients afin de fournir un marqueur de remplacement de l'activité palustre.

Un suivi des efforts de prévention réalisés pour assurer la couverture pendant l'épidémie peut être effectué en utilisant les indicateurs de morbidité et de mortalité palustres mentionnés plus haut ainsi que les taux de létalité. Des évaluations transversales et démographiques systématiques contribuent également à mieux caractériser les activités de lutte antipaludiques et démographiques liées à l'épidémie.^v

Système d'information sanitaire (SIS), Suivi et évaluation

Le recours à un système d'information sanitaire est essentiel pour s'assurer que des données normalisées sont à la disposition du suivi et de l'évaluation programmatiques. Le SIS utilise une série de variables essentielles et d'indicateurs normalisés mutuellement agréés auxquels sont associés des outils de recueil de données et d'analyse. Toutes les institutions menant des activités de lutte antipaludique devraient utiliser les mêmes outils ainsi que le SIS. Lorsqu'il peut être appliqué, le SIS de l'UNHCR devrait être utilisé. Il est impératif de connaître les SIS des pays hôtes, s'ils sont disponibles, afin d'être à même d'aider les personnels nationaux à faire la transition entre le SIS de leur pays et celui de l'UNHCR, car il peut exister de légères différences de terminologie et de définition des cas.

Le SIS de l'UNHCR utilise les définitions de cas suivante pour le paludisme :^{ix}

Cas suspecté :

PALUDISME SIMPLE

Toute personne faisant de la fièvre ou ayant fait de la fièvre pendant les deux jours précédant la consultation, (avec ou sans d'autres symptômes tels que la nausée, le vomissement et la diarrhée, les maux de tête, les courbatures, le froid, la myalgie) et sur laquelle toute autre cause réelle de fièvre a été exclue.

PALUDISME SÉVÈRE

Toute personne développant des symptômes relatifs à un paludisme simple, ainsi qu'une somnolence avec une extrême fatigue et des signes et symptômes associés à la défaillance d'un organe tel que la désorientation, la perte de conscience, les convulsions, l'anémie sévère, la jaunisse, l'hémoglobinurie, le saignement spontané, les œdèmes pulmonaires et le choc.

Cas confirmé :

PALUDISME CONFIRMÉ (SIMPLE OU SÉVÈRE)

Toute personne atteinte de paludisme simple ou sévère diagnostiqué à l'aide d'une confirmation par analyse du frottis sanguin dans un laboratoire ou par un autre test de diagnostic des parasites du paludisme.

CONFIRMATION DE CAS

Démonstration de la présence de parasites du paludisme dans le frottis sanguin par l'examen d'une goutte épaisse ou fine ou par un diagnostic rapide à l'aide d'une trousse de dépistage du *Plasmodium falciparum*.

Il est essentiel de vérifier, au strict minimum et dans tous les environnements, le taux brut de mortalité et le taux de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. L'idéal serait que soient intégrés dès que possible les indicateurs supplémentaires suivants :

- Mortalité proportionnelle due au paludisme
- Morbidité proportionnelle du au paludisme
- Incidence du paludisme
- Taux de létalité
- Taux de positivité du frottis sanguin
- Taux de positivité du test de diagnostic rapide (TDR)

Références

- I Projet des Nations Unies pour le millénaire (2005). *Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Overview*. Communications Development, Inc., Washington, D.C. (Investir dans le développement: un plan pratique en vue d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement)
- II OMS (2005). *The Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/FCH/CAH/00.12). (Manuel de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant – PCIME)
- III OMS (2006). *Guidelines for the Treatment of Malaria*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1108). (Directives pour le traitement du paludisme)
- IV OMS (2006). *Indoor Residual Spraying*, Genève, Programme mondial pour la Lutte antipaludique/Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1112). (Pulvérisations rémanentes intradomiciliaires)
- V OMS (2005). *Malaria Control in Complex Emergencies, An Inter-Agency Field Handbook*. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2005.1107). (Lutte antipaludique dans les situations d'urgence complexes, un manuel de terrain interinstitutions)
- VI Killeen GF et al. (2007). Preventing childhood malaria in Africa by protecting adults from mosquitoes with insecticide-treated nets. *PLoS Medicine* 4: e229. (Prévenir le paludisme chez l'enfant en Afrique en protégeant les adultes grâce à des moustiquaires imprégnées d'insecticide)
- VII Hawley WA et al. (2003). Community-wide effects of permethrin-treated bed nets on child mortality and malaria morbidity in western Kenya. *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 68 (Suppl 4): 121-127. (Effets communautaires des moustiquaires imprégnées de perméthrine sur la mortalité infantile et la morbidité due au paludisme au Kenya occidental)
- VIII OMS (2007). *Insecticide-treated mosquito nets: a WHO position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (Les moustiquaires imprégnées d'insecticide: document de synthèse de l'OMS)
- IX UNHCR (2007). Boîte à outils du Système d'Information Sanitaire, Définitions de cas, (HISNBI0307). (www.unhcr.org/protect/PROTECTION/4614aa682.pdf).

AUTRES MATÉRIELS D'INFORMATION ET DE RÉFÉRENCE

Documents clés

- Bloland, P.B., Williams, H.A. (2003). Malaria Control during Mass Populations Movements and Natural Disasters. National Research Council and Program on Forced Migration and Health and the Joseph L Mailman School of Public Health of Columbia University, National Academies Press, Washington D.C.
- Le Projet Sphère (2004). Charte humanitaire et normes minimales à respecter lors des interventions en cas de catastrophe. Genève, Le Projet Sphère. (www.thesphereproject.org)
- Warrell, D.A., Gilles, H.M. (2002). Essential Malariology. New York City, Oxford University Press Inc.
- OMS (2004). Roll Back Malaria consultation on best practices and lessons learnt: implementing malaria control in complex emergencies in Africa 2000-2004. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/epidemicsandemergencies).
- OMS (2005). Malaria Control in Complex Emergencies, An Inter-Agency Field Handbook. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (WHO/HTM/MAL/2005.1107). (www.who.int/malaria/epidemicsandemergencies).

Références par thèmes

DÉFINITIONS DE CAS

- Connolly M (ed). (2005). Communicable disease control in emergencies: A field manual. Genève, Organisation mondiale de la Santé (www.who.int/infectiousdiseaseneeds/IDdocs/whocds200527/whocds200527chapters/index.htm).
- UNHCR (2007). Boîte à outils du Système d'information Sanitaire, Définitions de cas (HISNBI0307). (www.unhcr.org/protect/PROTECTION/4614aa682.pdf).

COMMUNICATION ET ENGAGEMENT COMMUNAUTAIRE

- Malaria Consortium (1999). Partnerships for change and communication: guidelines for malaria control. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine and WHO. (sara.aed.org/sara_pubs_list_usaid_1.htm).

DIAGNOSTIC

- Identification en laboratoire: www.dpd.cdc.gov/dpdx. (CD-ROM disponible à la demande: dpx@cdc.gov).
- Diagnostic rapide: www.wpro.who.int/rdt.
- OMS (1991). Basic Malaria Microscopy (part I and II). Genève, Organisation mondiale de la Santé.

SÉLECTION ET FOURNITURE DE MÉDICAMENTS

- Information sur les médicaments préqualifiés OMS/UNICEF : mednet3.who.int/prequal.
- Protocole normalisé d'étude de l'efficacité: www.who.int/malaria/resistance.html.
- Kit sanitaire d'urgence interinstitutions 2006: <http://www.who.int/medicinedocs/index.fcgi?a=d&d=Js13486e>.

EPIDÉMIES

- Nájera, J.A., Kouznetsov, R.L., Delacollette, C. (1998). Les épidémies de paludisme : comment les déceler, les combattre, les prévoir et les prévenir. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.rbm.who.int/docs/najera_epidemics/naj_toc.htm).
- OMS (2002). Prevention and control of malaria epidemics. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmhc_upload/0/000/015/827/3epidemics_report.pdf).
- OMS (2004). Field guide for epidemic assessment and reporting. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmhc_upload/0/000/016/569/FTest.pdf).

VIH

- WHO (2004). Paludisme et VIH : interactions et répercussions sur les politiques de santé publique : rapport d'une consultation technique Genève, Suisse 23-25 juin 2004 (sous presse). Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/hiv/pub/prev_care/malaria/en/index.html).

IRS

- Choix de l'insecticide: www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/012/604/IRSInsecticides.html.
- Specifications of public health insecticides: www.who.int/ctd/whopes.
- OMS (2006). Indoor Residual Spraying. Genève, Programme mondial de lutte antipaludique/Organisation mondiale de la Santé. (WHO/HTM/MAL/2006.1112).

MILD/MII

- OMS (2002). Instructions for treatment and use of insecticide treated nets. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_CDS_RBM_2002.41.pdf).
- OMS (2007). *Insecticide-treated mosquito nets: a WHO position paper*. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/docs/itn/ITNspospaperfinal.pdf).

SUIVI ET ÉVALUATION

- Fonds Mondial (2006). Monitoring and Evaluation Toolkit: HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria. Genève, Fonds mondial. (www.theglobalfund.org/pdf/guidelines/pp_me_toolkit_en.pdf).

TRAITEMENT

- OMS (2000). Management of severe malaria – a practical handbook, 2e éd. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/docs/hbsm_toc.htm).
- OMS (2001). The use of antimalarial drugs. Genève, Organisation mondiale de la Santé. (www.who.int/malaria/cmc_upload/0/000/014/923/am_toc.htm).
- OMS (2006). Guidelines for the Treatment of Malaria. Genève, Organisation mondiale de la Santé (WHO/HTM/MAL/2006.1108).

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- forum.actmalaria.net/YaBB.pl
- www.malariaconsortium.org
- www.wellcome.ac.uk/node5816.html
- www.who.int/malaria
- www.who.int/whopes

ANNEXE 2: LISTE DE CONTRÔLE DE LA SITUATION DU PALUDISME

Sources d'information

- Données et rapports UNHCR/ONG/MS/OMS
- Entretiens avec le personnel de santé et d'autres informateurs clés
- Groupe de discussion avec les bénéficiaires
- Services de santé sous surveillance directe (examen des dossiers, pharmacie, pratiques thérapeutiques)
- Enquêtes, si nécessaire (par exemple parasites ou prévalence fébrile au sein des foyers, comportements en matière de recherche de soins, utilisation des MII; enquêtes sur le retrait des services de santé; données entomologiques)

Cadre politique

- Programme national de lutte antipaludique – protocole de traitement, données d'efficacité, système de distribution des médicaments, activités de prévention, système de surveillance
- Populations vulnérables prises en charge par le Programme national de lutte antipaludique

Mécanismes de coordination

- Dépenses annuelles de santé per capita, ainsi que pour la lutte antipaludique en faveur des populations vulnérables
- Capacité de l'UNHCR et de ses partenaires en matière de planification, ainsi que de suivi et d'évaluation du programme de lutte antipaludique
- Groupe spécial sur la lutte antipaludique ou autre mécanisme interinstitutions de coordination
- Planification, mise en œuvre et suivi et évaluation de la lutte antipaludique intégrés au cycle programmatique annuel
- Normalisation de la récolte, de l'analyse et de la diffusion des données

Situation épidémiologique

- Population et profil démographique cibles (notamment % de femmes, % d'enfants de <5 ans)
- Conditions épidémiologiques du lieu d'origine, du lieu de transit (arrivée récente) et asile
 - Résistance vectorielle et résistance aux insecticides
 - Espèces parasitaires et résistance pharmacologique
 - Facteurs saisonniers et stabilité de la transmission
 - Climat
- Données sanitaires
 - Incidence palustre et morbidité proportionnelle due au paludisme (Par âge, à long terme)
 - Taux de mortalité spécifique par paludisme et morbidité proportionnelle due au paludisme (par âge, à long terme)
 - Proportion des admissions hospitalières en raison du paludisme, taux de létalité (par âge)
 - Principales maladies importantes en santé publique.
 - Prévalence du VIH

Infrastructure et personnel

- Service de santé primaire
 - Situation, y compris eau, latrines
 - Distance, heures d'ouverture, population desservie
 - Matériels nécessaires aux précautions universelles
 - Fournitures, médicaments et équipements
 - Protocole de traitement de première ligne (par exemple suppositoires d'artesunate, artemether par voie intramusculaire)
- Etablissement de recours
 - Situation, y compris eau, latrines, moustiquaires
 - Fournitures, médicaments, équipements
 - Capacités de transfusions sanguine; de césariennes
 - Transport, communication, éloignement (en temps)
 - Distance, heures d'ouverture, population desservie
- Personnel
 - Nombre et type
 - Formation
 - Mécanisme de supervision

Fourniture de services antipaludiques

- Partenaires / fournisseurs de services
- Traitement
 - Protocoles dispensés dans les centres de santé
 - Système de gestion des stocks de médicaments en place
 - Système de supervision
- Activités de prévention (décrire)
 - Date de la dernière activité
 - Estimation de la couverture
 - Système de supervision
- Activités d'éducation pour la santé et de mobilisation communautaire (décrire)
 - Fréquence
 - Couverture
 - Système de supervision

Obstacles à la mise en œuvre efficace des activités de lutte antipaludique provenant de facteurs comportementaux, socioculturels et relatifs aux systèmes

- Utilisation des services de santé officiels
- Accessibilité des soins de santé officiels à tous les groupes de population
- Préférence pour les pratiques traditionnelles
- Existence de pratiques traditionnelles nocives
- Attitudes envers la fièvre, les convulsions, l'anémie
- Attitudes envers les soins de santé officiels

Surveillance, suivi et évaluation

- Données cliniques et hospitalières – tendance temporelle de la morbidité et de la mortalité (par âge)
- Données relatives à la couverture communautaire – prévention, promotion
- Fournisseurs de services de santé – utilisation de protocoles thérapeutiques normalisés
- Enquêtes communautaires – attitudes et utilisation des services de prévention et de traitement
- Evaluations périodiques



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Plan stratégique de l'UNHCR pour la nutrition et la sécurité alimentaire

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table of contents

Résumé d'orientation.....	IV	1
Introduction	IV	3
Buts et objectifs.....	IV	5
Stratégies et Indicateurs de performance	IV	6
Tableau 1 : Principales stratégies et Indicateurs de performance	IV	7
Tableau 2 : Aperçu des Indicateurs de performance	IV	12

Acronymes

Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
RAP	Rapports annuels de protection
MAG	Malnutrition aiguë globale
OSG	Objectifs stratégiques globaux
SIS	Système d'information sanitaire
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
PDI	Personnes déplacées internes
PE	Partenaire d'exécution
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
JAM	Missions d'évaluation conjointes
MSRP	Projet de renouvellement des systèmes de gestion
PO	Partenaire opérationnel
PoC	Personne relevant de la compétence de l'UNHCR
MAS	Malnutrition aiguë sévère
S&I	Normes et indicateurs
PAS	Programme d'alimentation supplémentaire
UNHCR	Haut Commissariat des Nations unies pour les Réfugiés
PAM	Programme alimentaire mondial
PAT	Programme d'alimentation thérapeutique

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le Plan stratégique du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) pour la nutrition et la Sécurité alimentaire décrit la conception, les objectifs stratégiques et les principales stratégies de l'UNHCR dans ce domaine, ainsi que les indicateurs qui doivent permettre de mesurer leur mise en œuvre. Le plan se propose d'intégrer pleinement la nutrition et la sécurité alimentaire dans le mandat général de l'UNHCR de protection des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de sa compétence, et de respecter les normes internes et internationales des politiques et programmes de l'UNCHR relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire. Le Plan stratégique va dans le sens des initiatives existantes en la matière, telles que les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le processus de réforme humanitaire des Nations Unies, les Efforts de Renforcement de la lutte contre la faim des enfants, ainsi que le droit, reconnu sur le plan international, à une alimentation suffisante, et leur apporte son soutien.

Le Plan stratégique a été conçu en coordination avec d'autres secteurs, notamment la Section de santé publique et de lutte contre le VIH/SIDA de la Division des services opérationnels qui s'occupent de la lutte contre le VIH et le Sida, de la lutte antipaludique, de la santé reproductive et de l'approvisionnement en eau et assainissement. Cette prise de position contribuera à assurer une approche complète et intégrée de ces secteurs techniques. Le Plan stratégie vise à orienter les opérations menées dans les camps et dans d'autres environnements en vue de s'adapter étroitement à tous les stades d'une situation d'urgence, et de s'occuper également de l'intégration des réfugiés et des personnes retournant dans leur foyer, au cours de la période 2008-2012 (voir Principes directeurs pour 2008-2012). Le Plan stratégique a été conçu en consultation avec les partenaires opérationnels, notamment les institutions des Nations Unies, les ONG et les institutions académiques.

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL :

Soutenir et promouvoir les politiques de nutrition et de sécurité alimentaire en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes (PDI), des rapatriés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES GÉNÉRAUX DE L'UNHCR EN MATIÈRE NUTRITION ET DE SÉCURITÉ ALIMENTAIRE :

- 1. Protection :** S'assurer que les droits à une nutrition correcte et à la sécurité alimentaire des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont protégés.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner et promouvoir efficacement des politiques et programmes relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire et les intégrer dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire en soutenant la mise en œuvre et le renforcement ces interventions efficaces de prévention parmi les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, en particulier en faveur des femmes, des enfants et des personnes les plus vulnérables.
- 4. Soins, soutien et traitement :** S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès en temps utile à des services de soins, de soutien et de traitement efficaces et de qualité dans le domaine de la nutrition.
- 5. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de nutrition et de sécurité alimentaires et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables.
- 6. Renforcement des capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 7. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** Contrôler régulièrement l'état nutritionnel et la situation relative à la sécurité alimentaire des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR afin de fournir en temps opportun des informations utiles pour la planification et la mise en œuvre des programmes; évaluer les performances et les succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; enfin, concevoir et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches et technologies nutritionnelles

INTRODUCTION

Assurer une alimentation convenable et éliminer la malnutrition sont deux objectifs considérés comme faisant partie du mandat du HCR.¹ Lors des dernières années, un meilleur suivi de populations depuis longtemps réfugiées montrant des taux élevés de malnutrition aiguë et des déficits en micronutriments a lancé le débat sur la nécessité de reconnaître l'assistance humanitaire pour les Réfugiés comme un droit fondamental de l'homme. Ce plan pour l'alimentation et la sécurité alimentaire développe la vision et la volonté stratégique de l'UNHCR d'intégrer complètement ces activités dans son mandat global de protection. Ce plan présente aussi les indicateurs fondamentaux qui permettront de mesurer les réalisations accomplies par le HCR dans l'optique d'atteindre les standards internationaux.^{2,3}

Les bases du Plan stratégique pour la nutrition et la sécurité alimentaire sont étayées par les activités et documents suivants :

- Travaux récents sur la nutrition en tant que programme prioritaire et partie des Objectifs stratégiques généraux de l'UNHCR 2006 et 2008-2009
- Conclusions du Comité exécutif de l'UNHCR (No 107 (LVIII) – 2007)
- Santé, Nutrition, VIH/SIDA – nouvelles stratégies (Document du comité permanent, juin 2007)
- Projet spécial du Haut Commissaire relatif à la nutrition et la santé en tant que domaines prioritaires (2007)
- Le Plan Nutrition de l'UNHCR pour 2006
- « Acute Malnutrition in Protracted Situations : A Global Strategy » (UNHCR/WPF, 2006) (Stratégie globale sur la malnutrition aiguë chez les personnes en situations de réfugiés prolongées)
- « Nutrition » (Document de conférence du Comité permanent), Juin 2006
- Politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés (août 2006)
- Comité exécutif de l'UNHCR A/AC.96/1032, 1996
- Conclusion du Comité exécutif 74(XLV), 1994
- Conclusion du Comité exécutif 59(XL), para (e), 1989
- Conclusions du Comité exécutif (No 47 (XXXVIII), 1987

La nutrition est expressément mentionnée dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009 (Encadré 1)⁴. Dans le présent Plan stratégique, le terme « nutrition » et l'expression « sécurité alimentaire » sont toujours définis de la même manière dans ces autres documents clés ainsi que par les institutions sœurs des Nations Unies (Encadré 2). En l'absence d'autres indications, le terme « malnutrition » se réfère à différentes formes de malnutrition généralement rencontrées dans les milieux à bas revenus (notamment : la maigreur extrême, l'œdème nutritionnel, l'insuffisance de poids, et les carences en micronutriments). Le double fardeau de la malnutrition ainsi que les problèmes simultanés de sous-nutrition et de poids excessif dans une même population continuent à prendre de l'ampleur au cours des années.

1 Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (1966) et Convention des Nations Unies sur les Droits de l'Enfant (1989).

2 Voir dans la note sur les principes directeurs la définition de l'expression « personne relevant de la compétence de l'UNHCR »

3 UNHCR Standing Committee Paper, EC/57/SC/CRP.17 (June 2006).

4 UNHCR, « Budget programme biennal 2008-2009 du Bureau du Haut Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés » A/AC.96/1040, 12 septembre 2007, Cinquante-huitième session, A/AC.96/1040, 12 septembre 2007, Cinquante-huitième session

Encadré 1. La nutrition et la sécurité alimentaire dans les objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

3.1. La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le Sida, et l'insuffisance de services de santé reproductive.

Objectifs de performance :

3.1.1. Accroissement du pourcentage d'opérations stables en faveur des réfugiés sous forme d'une aide alimentaire fournie en collaboration avec le PAM qui enregistrent une diminution de la prévalence de la malnutrition aiguë de < 5% (z-score).

Objectif stratégique global 4 - Riposter efficacement aux urgences en temps utile, en donnant la priorité à.

4.2. La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables en cas de situation d'urgence

Objectif de performance :

4.2.2. La mise en œuvre d'interventions de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois de la situation d'urgence accordant une importance croissante à des critères relatifs à l'âge, au sexe et à la diversité des personnes touchées et incluant des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables

Une estimation provisoire de tous les indicateurs et objectifs sera entreprise après la fin de 2009.

Encadré 2. Les termes importants

Malnutrition : Le terme de malnutrition sera utilisé au sens large dans le présent Plan stratégique pour englober les déséquilibres nutritionnels. Plus couramment, il comprend « les différentes formes de malnutrition, notamment la malnutrition aiguë globale (MAG), c'est-à-dire l'émaciation (appelée marasme) et l'œdème nutritionnel exprimés en Z-scores ; la malnutrition chronique (retard de croissance⁹ ; et les carences en micronutriments (faim cachée) » sur lesquels le document « Nutrition » (2006) se concentre. Mais la malnutrition recouvre également des formes d'excès alimentaires, tels qu'une consommation trop élevée de calories et de micronutriments, qui posent également un problème dans un certain nombre de populations de réfugiés.

Sécurité alimentaire : La définition de cette expression adoptée dans le présent document consiste en une légère adaptation du libellé du Sommet mondial de l'alimentation (1996) : il y a sécurité alimentaire lorsque tous les êtres humains ont, en tout temps et durablement, un accès physique et économique à une nourriture en termes de quantité, de qualité et d'éléments nutritifs pour couvrir leurs besoins et leurs préférences alimentaires, afin de pouvoir mener une vie saine et productive.

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL RELATIF AU À LA NUTRITION ET À LA SÉCURITÉ ALIMENTAIRE POUR 2008-2012 :

Soutenir et promouvoir des politiques et programmes de nutrition et de sécurité alimentaire en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des déplacés internes, des rapatriés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

Objectifs stratégiques généraux de l'UNHCR en matière nutrition et de sécurité alimentaire :

- 1. Protection :** S'assurer que les droits à une nutrition correcte et à la sécurité alimentaire des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR sont protégés.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner et promouvoir efficacement des politiques et programmes relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire et les intégrer dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire en soutenant la mise en œuvre et le renforcement ces interventions efficaces de prévention parmi les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, en particulier en faveur des femmes, des enfants et des personnes les plus vulnérables.
- 4. Soins, soutien et traitement :** S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès en temps utile à des services de soins, de soutien et de traitement efficaces et de qualité dans le domaine de la nutrition.
- 5. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de nutrition et de sécurité alimentaires et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables.
- 6. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 7. Estimations, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** Contrôler régulièrement l'état nutritionnel et la situation relative à la sécurité alimentaire des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR afin de fournir en temps opportun des informations utiles pour la planification et la mise en œuvre des programmes; évaluer les performances et les succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; enfin, concevoir et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches et technologies nutritionnelles

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard de ces objectifs en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional et national. Les données seront rassemblées et feront régulièrement l'objet de rapports au niveau global. Les **41 indicateurs essentiels** présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Chacun de ces indicateurs en suggère de nombreux autres qui pourraient être mis en œuvre, par exemple des indicateurs de suivi des performances des programmes, qui ne figurent pas nécessairement dans le présent document, mais dont un grand nombre sont régulièrement recueillis et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations.

Le **tableau 1** donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le **tableau 2** donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques, ainsi que d'autres sources de mesures.

L'UNHCR obtiendra les données sur la nutrition et la sécurité alimentaire sur les principales sources suivantes :

1. Missions d'évaluation conjointes (JAM) menée de concert avec le PAM
2. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS)
3. UNHCR, Normes et indicateurs (S&I)
4. UNHCR, Objectifs stratégiques globaux (OSG)
5. Enquêtes démographiques communes menées par l'UNHCR en coordination avec d'autres institutions humanitaires.
6. Comité permanent des Nations Unies sur la nutrition/base de données d'information nutritionnelle dans les situations de crise soutenue partiellement par l'UNHCR
7. UNHCR, Systèmes financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1: PROTECTION	Protéger le droit des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR à une nourriture suffisante, lequel repose sur un accès suffisant à la nutrition et à la sécurité alimentaire
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(1.1) Créer des politiques, des directives et des programmes visant à améliorer la nutrition (y compris les micronutriments), ainsi que l'alimentation et la sécurité alimentaire des nourrissons et des jeunes enfants	(1.1.1) Prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de 6 à 59 mois (1.1.2) Prévalence de la malnutrition sévère (MAS) chez les enfants de 6 à 59 mois
(1.2) S'assurer que les rations générales sont suffisantes en termes de quantité, de qualité, de régularité et d'équité	(1.2.1) Quantité de nourriture distribuée au titre de la ration alimentaire générale, en tant que % de la quantité planifiée, mesurée selon les kilocalories, le pourcentage de lipides/énergie, le pourcentage de protéine/énergie, et une sélection de micronutriments
(1.3) Soutenir la sécurité alimentaire au moyen de stratégies de renforcement de l'autosuffisance	(1.3.1) % des opérations visant spécifiquement à réduire l'insécurité alimentaire au sein de la population ⁵
(1.4) Fournir des articles non alimentaires essentiels lorsque nécessaire	(1.4.1) Quantité d'articles non-alimentaires distribués en tant que % de la quantité planifiée ⁶
Les Indicateurs 1.5.1 et 1.5.2 du Plan stratégique pour la lutte contre le VIH et le Sida s'appliquent également.	

5 Les exemples de tels programmes sont notamment le plaidoyer en faveur de la création de cadres politique visant à élargir l'accès aux capitaux, au sol et aux marchés ainsi qu'à la liberté de mouvement ; fourniture d'intrants, d'instruments et d'autres soutiens à la production ; soutien des activités génératrices de revenus ; et programmes de microcrédits.

6 Les articles non-alimentaires essentiels sont notamment le bois de combustion, les matériaux de construction d'abris, les vêtements et les ustensiles de cuisine de base. Par exemple : 250g de savon par personne et par mois, bois de combustion : 1 kg par personne, selon la disponibilité de bois de combustion, récipient de cuisson : 4 unités par famille, selon la qualité de ces récipients, le type de fourneaux et la nourriture.

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

OBJECTIF STRATEGIQUE 2: COORDINATION ET INTÉGRATION	Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(2.1) Elargir et renforcer le partenariat avec le Programme alimentaire mondial (PAM)	(2.1.1) % d'opérations concernées par des projets menés de concert avec le PAM et disposant d'un Plan commun d'action lançant des appels conjoints en faveur de la lutte contre la malnutrition.
(2.2) Veiller à ce que les politiques et programmes de nutrition et de sécurité alimentaire en faveur des PDI soient coordonnés et intégrés dans le processus de réforme humanitaire	(2.2.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la nutrition) organisées par les pays inclus dans le module ⁷
(2.3) Plaider en faveur de l'intégration des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR dans les systèmes et programmes nationaux et régionaux	(2.3.1) % de pays hébergeant >10,000 personnes ayant été expressément incluses dans les plans d'actions nationaux sur la nutrition et/ou la sécurité alimentaire, parmi les pays qui ont prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012.
(2.4) Renforcer la capacité de coordination et de supervision du HCR par rapport aux autres parties prenantes concernées par la nutrition et la sécurité alimentaire (notamment les autorités des pays hôtes, les PE et les PO ainsi que les représentants des réfugiés)	(2.4.1) Nombre de Coordinateurs HCR de la santé publique et/ou la nutrition et la sécurité alimentaire (2.4.2) Nombre de réunions de coordination sur la nutrition et la sécurité alimentaire tenues chaque année (2.4.3) Nombre de réunions de coordination de la santé publique comportant une composante nutrition et sécurité alimentaire se tenant chaque année
(2.5) S'assurer que suffisamment de ressources sont fournies pour le soutien aux activités du HCR en matière de nutrition et de sécurité alimentaire	(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des programmes relatifs à la nutrition et à la sécurité alimentaire (USD/personne/année)
(2.6) Faire en sorte que le cycle de gestion des opérations du HCR inclue les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR dans les estimations participatives ainsi que dans les analyses concernant l'âge, le sexe et la diversité	(2.6.1) % des pays ayant mené des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations

7 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir l'accomplissement en temps utile de résultats efficaces et prévisibles tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale couvrant divers secteurs tels que la protection, la coordination et la gestion des camps l'éducation, les abris, la santé, ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

<p>OBJECTIF STRATÉGIQUE 3 PRÉVENTION</p>	<p>Lutter contre la malnutrition et l'insécurité alimentaire en soutenant la mise en œuvre et au renforcement d'interventions de préventions efficaces chez les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR tout en encourageant la participation communautaire, spécialement auprès des femmes, des enfants et des personnes présentant des besoins particuliers</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(3.1) Promouvoir la distribution de rations générales nutritionnelles et d'alimentation supplémentaire chaque fois que nécessaire, et qui soit suffisante en termes de quantité, de qualité, de régularité et d'équité.</p>	<p>(3.1.1) Prévalence du retard de croissance chez les enfants de 6 à 23 mois. (3.1.2) % de nouveau-nés pesant moins de 2500g à la naissance (3.1.3) pourcentage de femmes enceintes et allaitantes recevant des suppléments alimentaires Voir aussi 1.1.1, 1.1.2 et 1.2.1.</p>
<p>(3.2) Assurer l'approvisionnement en micronutriments, lorsque nécessaire, en fournissant des aliments enrichis ou une supplémentation en micronutriments</p>	<p>(3.2.1) quantité d'aliments composés enrichis distribués en tant que partie de la ration alimentaire générale et que % de la quantité prévue (3.2.2) Taux de couverture de supplémentation en vitamine A administrée aux enfants de 6 à 59 mois (3.2.3) Taux de couverture de supplémentation en vitamine A administrée aux femmes allaitantes (3.2.4) Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois (3.2.5) Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans Voir aussi 1.3.1, 3.1.3.</p>
<p>(3.3) Créer des services d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)</p>	<p>(3.3.1) % des opérations suivant une politique conforme à celle du HCR en ce qui concerne l'acceptation et la distribution des produits laitiers (3.3.2) % de nourrissons (de 0 à <6 mois) nourris exclusivement au sein pendant les premiers 6 mois de leur vie (3.3.3) % de nourrissons qui ne sont pas nourris au sein mais qui ont accès à une quantité nécessaire de substituts du lait maternel, à des ressources et à un suivi</p>
<p>Indicateur 1.3.1. du plan stratégique Eau et Sanitation s'applique aussi Indicateurs 1.2.1., 1.2.2., 3.4.1. et 3.4.2. du plan stratégique contre la malaria s'appliquent aussi Indicateur 3.1.1. et 3.8.1. du plan stratégique de lutte contre le VIH et le SIDA s'appliquent aussi</p>	

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : SOINS, SOUTIEN ET TRAITEMENT	S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ont accès en temps utile à des services de nutrition efficaces, ainsi qu'à un soutien et à des soins
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(4.1) Améliorer le traitement de la malnutrition aiguë modérée dans les programmes d'alimentation supplémentaire (PAS)	<p>(4.1.1) % de PAS qui sont conformes aux normes de performance préconisées par le Projet Sphère : rétablissement >75%, décès <3%, taux de personnes faisant défaut <15%, et couverture de > de 50% des zones rurales, > de 70% des zones urbaines et 90% des camps.</p> <p>(4.1.2) % de PAS adhérant aux protocoles standards de traitement</p> <p>Voir aussi 1.1.1.</p>
(4.2) Améliorer le traitement de la malnutrition aiguë sévère dans le cadre des « soins thérapeutiques » (services de santé et communautaires)	<p>(4.2.1) % d'opérations au titre desquelles le traitement à base communautaire de la MAS est mis en œuvre dans des zones pour lesquelles le HCR estime que cette approche est appropriée et nécessaire</p> <p>(4.2.2) % de programmes de lutte contre la MAS répondant aux normes de performance du Projet Sphère : rétablissement > 75%, décès < 10%, taux de personnes faisant défaut <15%, et couverture de >50% pour les zones rurales, >70% pour les zones urbaines et >90% pour les camps, indépendamment du fait qu'il s'agisse de services de santé ou de soins communautaires</p> <p>(4.2.3) % de programmes d'alimentation thérapeutique (PAT) adhérant aux protocoles standards de traitement</p> <p>Voir aussi 1.1.2.</p>
L'Indicateur 4.1.1 du Plan stratégique pour la lutte antipaludique s'applique également	
OBJECTIF STRATEGIQUE 5 DES SOLUTIONS DURABLES	Mettre au point des stratégies et des interventions en matière de nutrition et de sécurité alimentaire et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(5.1) Promouvoir et mettre au point des politiques et des programmes d'intégration locale et de rapatriement incluant un soutien approprié aux interventions relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire	<p>(5.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des kits de nourriture pour rapatriés</p> <p>(5.1.2) % d'opérations au cours desquelles des activités relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire ont été conçues et intégrées dans les stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement)</p>
(5.2) Coordonner et partager les informations relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire avec les gouvernements, les institutions des Nations Unies et les autres organismes humanitaires lors des interventions de rapatriement	(5.2.1) % de pays menant des opérations majeures de rapatriement qui recueillent des informations sur les activités de nutrition et de sécurité alimentaire en faveur des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR dans les zones de rapatriement, et qui les communiquent au gouvernement et aux organisations mettant en œuvre des programmes et politiques dans ce domaine
<p>L'Indicateur 4.2.1 du Plan stratégique sur la lutte contre le VIH et le Sida s'applique également.</p> <p>L'Indicateur 4.1.1 du Plan stratégique sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement s'applique également.</p> <p>L'Indicateur 3.1.1 du Plan stratégique sur la lutte antipaludique s'applique également.</p>	

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6 : CREATION DE CAPACITES ET FORMATION</p>	<p>Créer et renforcer des connaissances et des capacités spécifiques à la nutrition et à la sécurité alimentaire et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Former le personnel du HCR et de ses partenaires aux questions de nutrition et de sécurité alimentaire</p>	<p>(6.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires ayant été formés aux nouvelles questions de nutrition et de sécurité alimentaire Voir aussi 1.3.1, 2.1.1, 2.2.1, 2.4.2, 2.4.3.</p>
<p>(6.2) Fournir des programmes d'éducation communautaire sur la nutrition et la sécurité alimentaires aux réfugiés et aux autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR</p>	<p>(6.2.1) % de pays notifiant des activités de formation des personnes relevant de la compétence du HCR aux questions de nutrition et de sécurité alimentaire Voir aussi 1.3.1, 2.6.1.</p>
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 7: ESTIMATIONS, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, ET RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>Contrôler régulièrement le statut nutritionnel et la sécurité alimentaire des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et en faire rapport afin de fournir en temps utile des informations à la planification et à la mise en œuvre des programmes ; Evaluer les performances et succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; et Mettre au point et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches et technologies</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(7.1) Recueillir, analyser et appliquer régulièrement les données essentielles relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire (auprès des services de santé et de la population) en utilisant les définitions de cas normalisées</p>	<p>(7.1.1) % d'opérations en faveur des réfugiés se fondant sur le fonctionnement du SIS, y compris de sa composante relative à la nutrition, telle que définie dans les rapports mensuels reçus par le HCR – par camp, service de santé (hors des camps), pays et région et % de programmes envoyant chaque année un rapport SIS complet au siège. (7.1.2) % opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles des enquêtes nutritionnelles parmi la population sont menées (au minimum une fois par année) (7.1.3) de réfugiés en situation stable parmi lesquels des programmes de suivi de la croissance sont mis en œuvre – par camp et pays</p>
<p>(7.2) Surveiller la distribution, l'acceptabilité, la mouture, la consommation et la vente des rations alimentaires</p>	<p>(7.2.1) % d'opérations où le suivi du panier mensuel de nourriture est mis en œuvre (7.2.2) % d'opérations où un suivi mensuel post-distribution est mis en œuvre (par exemple aux niveaux des ménages ou de la communauté).</p>
<p>(7.3) Améliorer les programmes de nutrition et de sécurité alimentaire au moyen des missions d'évaluation (et de suivi) conjointes (JAM) menées de concert avec le PAM et d'autres partenaires</p>	<p>(7.3.1) Nombre de pays qui organisent des JAM Voir aussi 2.1.1.</p>
<p>(7.4) Mener des recherches opérationnelles comme prévu en vue d'orienter la mise en œuvre des programmes (relatifs notamment aux micronutriments ou à l'anémie) ou de résoudre les problèmes éventuels identifiés au sein des programmes</p>	<p>(7.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et réalisées en vue de fournir des informations à la planification des programmes ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ⁸	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(1.1.1) Prévalence de la malnutrition aiguë globale (MAG) chez les enfants de 6 à 59 mois	<5%	Tous les 6 mois dans les situations aiguës ou Annuelle	1,3,4	Enquêtes démographiques	Camp
(1.1.2) Prévalence de la malnutrition aiguë sévère (MAS) chez les enfants de 6 à 59 mois	<1%	Tous les 6 mois dans les situations aiguës ou Annuelle	1,3,4	Enquêtes démographiques	Camp
(1.2.1) Quantité de nourriture distribuée sous forme de rations alimentaires générales, en tant que % des quantités planifiées, mesurées comme suit : kilocalories, pourcentage de lipides/énergie, pourcentage de protéines/énergie, et une sélection de micronutriments	>80%	Mensuelle, Annuelle	1,3	Bureaux nationaux (HCR et PAM)	Camp
(1.3.1) % d'opérations où les projets sont mis en œuvre en donnant la priorité à la réduction de l'insécurité alimentaire au sein de la population ¹⁰	>75%	Annuelle	1,3,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(1.4.1) Quantité d'articles non-alimentaires distribués en tant que % de la quantité planifiée ¹¹	100%	Mensuelle, Annuelle	1	Bureaux nationaux	Camp
(2.1.1) % d'opérations concernées par des projets menés de concert avec le PAM et disposant d'un Plan commun d'action lançant des appels conjoints en faveur de la lutte contre la malnutrition	100%	Annuelle	2,6,7	Bureaux nationaux (HCR et PAM) Siège	Camp
(2.2.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la nutrition) organisées par les pays inclus dans le module ¹²	>75%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(2.3.1) % de pays hébergeant >10,000 personnes ayant été expressément incluses dans les plans d'actions nationaux sur la nutrition et/ou la sécurité alimentaire, parmi les pays qui ont prévu d'actualiser leurs plans entre 2008 et 2012	>75%	Bisannuelle	2	Plans d'action nationaux	Camp Non-camp
(2.4.1) Nombre de Coordinateurs du HCR pour la santé publique et la nutrition/sécurité alimentaire	Variable	Annuelle	2	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.4.2) Nombre de réunions de coordination sur la nutrition et la sécurité alimentaire tenues chaque année	100%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.4.3) Nombre de réunions de coordination de la santé publique intégrant une composante de nutrition et de sécurité alimentaire tenues chaque année	100%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp

8 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2012. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

9 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré **pour la première fois**. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones camp ou de non-camp, mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

10 Les exemples de tels programmes sont notamment le plaidoyer en faveur de la création de cadres politique visant à élargir l'accès aux capitaux, au sol et aux marchés ainsi qu'à la liberté de mouvement ; fourniture d'intrants, d'instruments et d'autres soutiens à la production ; soutien des activités génératrices de revenus ; et programmes de microcrédits.

11 Les articles non-alimentaires essentiels sont notamment le bois de combustion, les matériaux de construction d'abris, les vêtements et les ustensiles de cuisine de base.

12 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir la réalisation en temps utile de résultats efficaces et prévisibles tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire, ainsi que la santé et l'assainissement.

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(2.5.1) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des activités de nutrition et de sécurité alimentaire (USD/personne/année)	Variable	Annuelle	2	MSRP	Camp Non-camp
(2.6.1) % de pays ayant mené des évaluations participatives pendant le cycle de gestion des opérations	>75%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.1.1) Prévalence d'enfants de 6 à 23 mois souffrant de retard de croissance – par camp, pays et région (seulement dans le cas des situations de réfugiés de longue durée)	<20%	Annuelle	1,3	Equates démographiques	Camp
(3.1.2) % de nouveau-nés pesant moins de 2500g à la naissance	<15%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(3.1.3) % de femmes enceintes et allaitantes recevant des suppléments alimentaires	100%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(3.2.1) quantité d'aliments composés enrichis distribués en tant que partie de la ration alimentaire générale et que % de la quantité prévue	100%	Mensuelle, Annuelle	1,3	Bureaux nationaux (HCR et PAM)	Camp
(3.2.2) Taux de couverture de supplémentation en vitamine A administrée aux enfants de 6 à 59 mois	>90%	Annuelle	1,3	Enquêtes démographiques	Camp
(3.2.3) Taux de couverture de supplémentation en vitamine A administrée aux femmes allaitantes	>90%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Camp
(3.2.4) Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois	<20%	Annuelle	1,3	Enquêtes démographiques	Camp
(3.2.5) Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans	<20%	Annuelle	1,3	Enquêtes démographiques	Camp
(3.3.1) % des opérations suivant une politique conforme à celle du HCR en ce qui concerne l'acceptation et la distribution des produits laitiers	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux JAM	Camp Non-camp
(3.3.2) % de nourrissons (de 0 à <6 mois) nourris exclusivement au sein pendant les premiers 6 mois de leur vie	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux	Camp
(3.3.3) % de nourrissons qui ne sont pas nourris au sein mais qui ont accès à une quantité nécessaire de substituts du lait maternel, à des ressources et à un suivi	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux	Camp
(4.1.1) % de PAS qui sont conformes aux normes de performance préconisées par le Projet Sphère : rétablissement >75%, décès <3%, taux de personnes faisant défaut <15%, et couverture de > de 50% des zones rurales, > de 70% des zones urbaines et de 90% des camps.	>90%	Mensuelle, Annuelle	1,4	HIS	Camp
(4.1.2) % de PAS adhérant aux protocoles standards de traitement	100%	Annuelle	1,4	JAM Bureaux nationaux	Camp
(4.2.1) % d'opérations au titre desquelles le traitement à base communautaire de la MAS est mis en œuvre dans des zones pour lesquelles le HCR estime que cette approche est appropriée et nécessaire	100%	Annuelle	1,4	JAM Bureaux nationaux SIS	Camp

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
(4.2.2) % de programmes de lutte contre la MAS répondant aux normes de performance du Projet Sphère et adhérent aux protocoles standards de traitement : rétablissement > 75%, décès < 10%, taux de personnes faisant défaut <15%, et couverture de >50% pour les zones rurales, >70% pour les zones urbaines et de >90% pour les camps, qu'il s'agisse de services de santé ou de soins communautaires	>90%	Mensuelle, Annuelle	1,4	SIS	Camp
(4.2.3) % de programmes d'alimentation thérapeutique (PAT) adhérent aux protocoles standards de traitement	100%	Annuelle	1,4	JAM Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des kits de nourriture pour rapatriés	100%	Annuelle	5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.1.2) % d'opérations au cours desquelles des activités relatives à la nutrition et à la sécurité alimentaire ont été conçues et intégrées dans les stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement)	100%	Annuelle	5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.2.1) % de pays menant des opérations majeures de rapatriement qui recueillent des informations sur les activités de nutrition et de sécurité alimentaire en faveur des réfugiés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR dans les zones de rapatriement, et qui les communiquent au gouvernement et aux organisations mettant en œuvre des programmes et politiques dans ce domaine	100%	Annuelle	2,5	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.1.1) Nombre et % de personnel du HCR et de ses partenaires ayant été formés aux nouvelles questions de nutrition et de sécurité alimentaire	>75%	Annuelle	1,2,6	Bureaux nationaux	Camp
(6.2.1) % de pays notifiant des activités de formation des personnes relevant de la compétence du HCR aux questions de nutrition et de sécurité alimentaire	>75%	Annuelle	1,2,6	Bureaux nationaux	Camp
(7.1.1) % d'opérations en faveur des réfugiés se fondant sur le fonctionnement du SIS, y compris de sa composante relative à la nutrition, telle que définie dans les rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Mensuelle, Annuelle	7	SIS	Camp en priorité, avec accent mis sur Non-camp
(7.1.2) % opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles des enquêtes nutritionnelles parmi la population sont menées (au minimum une fois par année)	100%	Annuelle	7	Enquêtes démographiques	Camp
(7.1.3) % de réfugiés en situation stable parmi lesquels des programmes de suivi de la croissance sont mis en œuvre	100%	Mensuelle, Annuelle	7	HIS	Camp Non-camp
(7.2.1) % d'opérations où le suivi du panier mensuel de nourriture est mis en œuvre	>80%	Mensuelle, Annuelle	7	Suivi du panier de nourriture	Camp
(7.2.2) % d'opérations où un suivi mensuel post-distribution est mis en œuvre (par exemple aux niveaux des ménages ou de la communauté).	>75%	Mensuelle, Annuelle	7	Suivi post-distribution	Camp
(7.3.1) Nombre de pays qui organisent des JAM	>75%	Annuelle	2,7	JAM	Camp
(7.4.1) Nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et réalisées en vue de fournir des informations à la planification des programmes ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes	Variable	Annuelle	7	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Plan stratégique de l'UNHCR pour la santé reproductive

2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table des matières

Sommaire	V	1
Introduction	V	3
Buts et objectifs.....	V	6
Stratégies et indicateurs de performance	V	6
Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance.....	V	7
Table 2: Aperçu des indicateurs de performance	V	12

Acronymes

ANC	Soins prénatals
BPTI	Budget-plan de travail intégré de l'ONUSIDA
COP	Plans d'opérations par pays
DMU	Dispositif minimum d'urgence
IASC	Comité permanent interinstitutions
IAWG	Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les situations de crise
MGF	Mutilations génitales féminines
MSRP	Projet de renouvellement des systèmes de gestion
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONU	Organisation des Nations Unies
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH et le Sida
PDI	Personne déplacée interne
PE	Partenaire d'exécution
PO	Partenaire opérationnel
PoCs	Personnes relevant de la compétence de l'UNHCR
PPE	Prophylaxie post-exposition
RAP	Rapports annuels de protection
S&I	Normes et indicateurs
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
SIVIH	Système d'information sur le VIH
SONU	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNGASS	Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur le VIH/SIDA
UNHCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VS	Violence sexospécifique

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le Plan stratégique du Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (UNHCR) pour la Santé reproductive 2008-2012 décrit la conception, les objectifs stratégiques et les principales stratégies de l'UNHCR dans ce domaine, ainsi que les indicateurs qui doivent permettre de mesurer leur mise en œuvre. Le plan se propose d'intégrer pleinement la santé reproductive dans le mandat général de l'UNHCR de protection des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de sa compétence, et de respecter les normes internes et internationales des politiques et programmes de l'UNHCR relatifs à la santé reproductive. Le Plan stratégique va dans le sens des initiatives existantes en la matière, telles que les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le processus de réforme humanitaire des Nations Unies, ainsi que les décisions du Groupe de travail inter agences sur la santé reproductive dans les situations d'urgence.

Le Plan stratégique a été conçu en coordination avec d'autres secteurs de la santé publique et la Section sur la lutte contre le VIH de la Division des services opérationnels de l'UNHCR ainsi que d'autres groupes, tant à l'intérieur de l'UNHCR qu'en dehors, notamment les autres institutions des Nations Unies, les Organisations non gouvernementales (ONG) et les institutions académiques. Cette prise de position contribuera à assurer une approche complète et intégrée de ces secteurs techniques. Le Plan stratégique vise à orienter les opérations menées dans les camps ainsi que dans les environnements urbains, en s'adaptant à tous les stades d'une situation d'urgence, y compris également les situations d'intégration au niveau du pays hôte et les situations de rapatriement au cours de la période 2008-2012 (voir Principes directeurs pour 2008-2012).

Ce premier plan d'action est dirigé en priorité vers les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR vivant dans des camps ou des zones urbaines, et vise des opérations majeures de rapatriement devant permettre la réalisation progressive des objectifs pendant la période 2008-2012. Les nouvelles urgences bénéficieront d'un soutien et d'un suivi fondés sur le Dispositif minimum d'urgence (DMU). Toutefois, chacune des opérations se doit de viser une amélioration significative des résultats relatifs à la santé reproductive ainsi que des interventions de maternité sans risque qui seront mises en œuvre dans les 5 prochaines années.

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL :

Soutenir et promouvoir les politiques et programmes relatifs à la santé reproductive en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des personnes déplacées internes (PDI), des rapatriés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES GÉNÉRAUX DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE :

- 1. Protection :** Protéger les droits relatifs à la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et respecter leur dignité et leur intégrité physique et mentale en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs à la santé reproductive et les intégrer dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce ainsi qu'à des mesures de prévention et de traitement rapides et efficaces :** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aient accès en temps utile à des services de prévention et de traitement de qualité, adaptés sur le plan culturel et efficaces, qui seront dispensés par un personnel formé travaillant d'une façon professionnelle et respectueuse, et disposant du matériel et des équipements nécessaires au sein d'une structure favorable au respect de l'intimité et de la sécurité des patients.
- 4. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de santé reproductive et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables.
- 5. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités spécifiques à la santé reproductive et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 6. Enquêtes, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** Contrôler régulièrement la situation de la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR afin de fournir en temps opportun des informations utiles à la planification et à la mise en œuvre des programmes; évaluer les performances et les succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; enfin, concevoir et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches en matière de santé reproductive

INTRODUCTION

La santé reproductive est un droit ainsi qu'un besoin touchant à la fois au bien-être psychologique et à la santé physiologique. Elle est définie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme « un état de bien-être général, tant physique que mental et social, de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil reproductif, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités. »

La Conférence internationale sur la population et le développement, qui s'est tenue en 1994 au Caire, en Egypte, a tout d'abord défini dans son plan d'action en faveur de la santé reproductive des services et stratégies de soins permettant à toute personne :

- D'être capable de se reproduire et d'avoir la liberté de décider si elle le fera, et quand et comment elle le fera
- D'être à même de contrôler son comportement en matière de sexualité et de santé reproductive dans le cadre de l'éthique sociale et personnelle, et de pouvoir ainsi bénéficier d'une vie sexuelle satisfaisante et libre de tout sentiment de peur, de honte, de culpabilité, ou de tout préjugé.
- Être protégée des traumatismes, mutilations et maladies qui perturberaient leur fonction sexuelle et reproductive.

« La santé reproductive n'est pas seulement une question très importante de santé ; c'est une question de développement, une question de droits humains. »¹ Les facteurs qui déterminent la santé et le bien-être en matière de sexualité et de reproduction sont bien sûr les services de santé, mais aussi les comportements, les conditions socioéconomiques et le niveau de vie. La santé reproductive se démarque d'autres questions de santé en ce qu'elle affecte les principaux systèmes et structure de la société, des religions et des cultures. Dans la réalité, de nombreux systèmes juridiques touchant la sexualité et la santé reproductive ont été conçus et édifiés bien plus sur la base de croyances, de valeurs et de tabous que de besoins médicaux ou de droits individuels. Les programmes réussis sont ceux qui accroissent les connaissances des individus et qui favorisent des comportements sains en bonne harmonie et dans le respect des valeurs communautaires.

Les besoins en matière de santé reproductive se poursuivent, et sont en général aggravés en période de crise. Ainsi, la malnutrition, les tensions et les épidémies font augmenter le risque de complications de la santé reproductive. Les naissances peuvent survenir au bord des routes alors que les populations se déplacent, le risque de violence sexuelle et sexospécifique s'accroît en période d'instabilité sociale, et les pratiques traditionnelles préjudiciables, telles que les mutilations sexuelles, perdurent.

La situation s'est considérablement améliorée ces dernières années, mais de nombreuses lacunes affectent encore la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, particulièrement lors des crises et des conflits :

- Retards dans l'exécution du Dispositif minimum d'urgence (DMU)² au début de la période d'urgence.
- Capacité insuffisante des services de santé à prendre en charge les mesures de base de santé reproductive, notamment les soins obstétricaux d'urgence
- Difficultés d'accès à des services de qualité conviviaux, confidentiels et complets
- Limitation de la capacité des femmes et des adolescentes de prendre le contrôle des moments et événements cruciaux de leur vie sexuelle et reproductive.³

1 Reproductive Health and Human rights, R.J. Cook, B.M. Dickens, M.F. Fathalla, 2003

2 Le DMU représente le niveau minimum de services administrés pendant les opérations de l'UNHCR. Il est mis en œuvre pendant la première phase des situations d'urgences et au cours du rapatriement. Il s'agit d'un train de mesures prioritaires dont l'impact sur la mortalité et la morbidité est élevé. Le DMU est un paquet d'activités (et non un kit de fournitures et d'équipements) qui sont conçues tout spécialement en vue de la phase initiale d'une crise. Les exemples qui existent de son efficacité justifient son application avant même toute évaluation des besoins. Des services complets devraient prendre le relais aussitôt que la situation s'est stabilisée.

3 Reproductive Health Services for Refugees and Internally Displaced Persons, report of the Inter-Agency Global Evaluation 2004 (Services de santé reproductive en faveur des réfugiés et des déplacés internes, rapport sur l'évaluation globale inter-agence).

Afin de pouvoir offrir une protection et une assistance adéquates aux femmes et aux filles, ainsi qu'aux hommes et aux garçons, l'UNHCR s'engage à soutenir toutes les composantes de la santé reproductive, en donnant la priorité aux interventions à impact élevé affectant la mortalité et la morbidité au début d'une crise tout en mettant en place rapidement des services plus complets afin de répondre aux besoins et aux droits des femmes et des filles, ainsi que des hommes et des garçons.

Les bases du Plan stratégique de l'UNHCR pour la santé reproductive 2008-2012 sont étayées par les documents et déclarations politiques suivants :

- Comité permanent interinstitutions (IASC), Directives en vue d'interventions contre la violence fondée sur le sexe dans les situations de crise humanitaire, 2005.
- Programme d'action de la Conférence internationale sur la population et le développement 1994, Le Caire, Egypte, et conférences de suivi de Beijing et Genève
- Rapport de l'Evaluation globale inter-agences sur la santé reproductive en faveur des réfugiés et des personnes déplacées internes, 2004
- R.J. Cook, B.M. Dickens, M.F. Fathalla. Reproductive Health and Human rights, 2003.
- Comité exécutif de l'UNHCR, A/AC.96/1032, 1996.
- UNHCR/OMS, Gestion Clinique des victimes de viols, 2005.
- UNHCR, Projet special du Haut Commissaire relative à la santé publique dans les zones prioritaires (2007 et 2008).
- Commission de femmes, Soins obstétricaux d'urgence dans les programmes humanitaires d'urgence, 2005.
- OMS/UNHCR/UNFPA, La santé reproductive en situations de réfugiés : manuel de terrain interorganisations, 1999 et corrigendum 2007.
- OMS, Prise en charge des complications de la grossesse et de l'accouchement : guide destiné à la sage-femme et au médecin, 2007.
- OMS, Reproductive Health during conflict and displacement, a guide for programme managers, 2000 (n'existe pas en français).

Encadré 1: La santé reproductive dans les Objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

La santé reproductive est également explicitement mentionnée dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009⁴

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

3.1. La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le Sida, et l'insuffisance de services de santé reproductive.

Objectifs de performance :

3.1.6. Le pourcentage de naissances vivantes assistées par une sage-femme, une infirmière ou un médecin (à l'exclusion des accoucheuses traditionnelles) est augmenté.

Objectif stratégique global 4 - Riposter efficacement aux urgences en temps utile, en donnant la priorité à :

4.2. La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables en cas de situation d'urgence

Objectif de performance :

4.2.2. La mise en œuvre d'interventions de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois de la situation d'urgence en accordant une importance croissante à des critères relatifs à l'âge, au sexe et à la diversité des personnes touchées et en incluant des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables

Une estimation provisoire de tous les indicateurs et objectifs sera entreprise après la fin de 2009.

4 Appel global de l'UNHCR 2007, *Objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR*

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF GÉNÉRAL RELATIF À LA SANTÉ REPRODUCTIVE POUR 2008-2012 :

Soutenir et promouvoir des politiques et programmes de santé reproductive en vue de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des déplacés internes, des rapatriés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

LES OBJECTIFS STRATÉGIQUES DE L'UNHCR EN MATIÈRE DE SANTÉ REPRODUCTIVE :

- 1. Protection :** Protéger les droits relatifs à la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et respecter leur dignité et leur intégrité physique et mentale en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables.
- 2. Coordination et intégration :** Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs à la santé reproductive et les intégrer dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Accès au diagnostic précoce ainsi qu'à des mesures de prévention et de traitement rapides et efficaces :** Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aient accès en temps utile à des services de prévention et de traitement de qualité, adaptés sur le plan culturel et efficaces, qui seront dispensés par un personnel formé travaillant d'une façon professionnelle et respectueuse, et disposant du matériel et des équipements nécessaires au sein d'une structure favorable au respect de l'intimité et de la sécurité des patients.
- 4. Des solutions durables :** Mettre au point des stratégies et des interventions de santé reproductive et les incorporer dans les politiques et programmes visant à instaurer des solutions durables
- 5. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités spécifiques à la santé reproductive et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 6. Enquêtes, surveillance, suivi et évaluation, et recherche opérationnelle :** Contrôler régulièrement la situation de la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR afin de fournir en temps opportun des informations utiles à la planification et à la mise en œuvre des programmes; évaluer les performances et les succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; enfin, concevoir et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches en matière de santé reproductive

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard de ces objectifs en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional et national. Les données seront rassemblées et feront régulièrement l'objet de rapports au niveau global. Les **50 indicateurs essentiels** présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Chacun de ces indicateurs en suggère de nombreux autres qui pourraient être mis en œuvre, par exemple des indicateurs de suivi des performances des programmes, qui ne figurent pas nécessairement dans le présent document, mais dont un grand nombre sont régulièrement recueillis et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations.

Le **tableau 1** donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le **tableau 2** donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques, ainsi que d'autres sources de mesures.

L'UNHCR obtiendra les données sur santé reproductive auprès des principales sources suivantes :

2. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS)
3. UNHCR, Système d'information sur le VIH (SIVIH)
4. UNHCR, Normes et indicateurs (S&I)
5. UNHCR, Objectifs stratégiques globaux (OSG)
6. Enquêtes démographiques menées par les autorités nationales, l'UNHCR et d'autres institutions humanitaires en coordination avec les partenaires d'exécution ou les partenaires opérationnels
7. Enquêtes démographiques communes menées de concert avec d'autres organisations des Nations Unies et des organisations non gouvernementales (ONG).
8. UNHCR, Systèmes financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1: PROTECTION	Protéger le droit à la santé en matière de reproduction des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, tout en respectant leur dignité, ainsi que leur intégrité physique et mentale et en accordant une attention particulière aux groupes vulnérables.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(1.1) Assurer la mise en œuvre de stratégies de survie fondées sur le DMU dès le début d'une situation d'urgence	(1.1.1) % d'enfants décédant avant l'âge de 28 jours (mortalité néonatale) (1.1.2) % d'opérations du HCR mettant des « trousseaux d'accouchement propres » à la disposition des femmes manifestement enceintes, en l'absence ou en raison de la difficulté d'accès de services institutionnels de qualité pour les accouchements (1.1.3) Nombre de cas de violence sexospécifique (VS) ayant été rapportés, ventilés par type, âge et sexe.
(1.2) Créer des politiques, des directives et des programmes de prévention et de traitement pour les cas de violence sexuelle fondée sur le sexe	(1.2.1) % d'opérations soutenant les dispensaires de santé appliquant des protocoles de traitement et de prise en charge des victimes de viols. Voir aussi (1.1.3) .
(1.3) Créer de politiques, des directives et des programmes pour la protection de l'intégrité corporelle des femmes ainsi que la réduction des pratiques qui lui sont préjudiciables	(1.3.1) % d'opérations mettant en œuvre des stratégies de réduction des mutilations génitales féminines (MGF) dans les environnements où ces pratiques existent (1.3.2) % d'opérations mettant en œuvre des programmes de dépistage des fistules obstétricales suivis du transfert des patientes vers les services concernés Voir aussi (1.1.2) et (1.2.1) .
(1.4) Veiller à ce que toute femme enceinte ou ayant accouché récemment et tout nouveau-né reçoivent des soins professionnels qualifiés dans le cadre de services continus	(1.4.1) % de toutes les naissances se déroulant dans des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence. (1.4.2) % de femmes qui, au moment de l'accouchement, s'étaient présentées à un minimum de 4 visites de soins prénatals auprès d'une professionnelle de la santé possédant des qualifications de sage femme (1.4.3) % de mères se présentant à 3 visites postnatales dans les 6 semaines ayant suivi l'accouchement Voir aussi (1.1.1) .
(1.5) Mettre sur pied des programmes visant à protéger les filles et à réduire le nombre de mères adolescentes.	(1.5.1) % de femmes ayant accouché avant l'âge de 18 ans (grossesses d'adolescentes)
L'indicateur 1.2.1 du Plan stratégique pour la nutrition et la sécurité alimentaire s'applique également. Les indicateurs 1.4.1 , 1.5.1 et 1.5.2 du Plan stratégique pour la lutte contre le VIH et le Sida s'appliquent également.	

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 2: COORDINATION ET INTEGRATION	Coordonner, promouvoir et intégrer efficacement des politiques et programmes relatifs à la santé reproductive dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en renforçant et en élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(2.1) S'assurer que les politiques et programmes de santé reproductive en faveur des PDI sont coordonnés et intégrés dans le processus de réforme humanitaire	(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du « Cluster santé » organisées par les pays inclus dans le module ⁵
(2.2) Mettre au point des mécanismes permettant de s'assurer que les politiques et programmes sont coordonnés et intégrés dans les meilleures pratiques et les normes mises en œuvre.	(2.2.1) % d'opérations du HCR investiguant systématiquement les décès maternels (2.2.2) % d'opérations incluant les hommes dans les activités de santé reproductive, notamment dans la planification familiale
(2.3) Renforcer la capacité de coordination et de supervision du HCR par rapport aux autres parties prenantes (notamment les autorités des pays hôtes, les PE et les PO ainsi que les représentants des réfugiés)	(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé publique du HCR (2.3.2) Nombre de réunions de coordinations tenues chaque année
(2.4) Participer activement aux forums de santé reproductive internationaux et régionaux	(2.4.1) % de réunions du Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les situations de crise auxquelles le HCR a participé
(2.5) S'assurer que suffisamment de ressources sont fournies pour le soutien aux activités du HCR en matière de santé reproductive	(2.5.1) Services de santé reproductive inclus dans tous les plans d'opérations par pays (2.5.2) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des programmes relatifs à santé reproductive (USD/personne/année)
(2.6) Faire en sorte que le cycle de gestion des opérations du HCR inclue les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR dans les estimations participatives ainsi que dans les analyses concernant l'âge, le sexe et la diversité	(2.6.1) % des pays ayant mené des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations Voir aussi (2.2.2) .

5 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que la protection, la coordination et la gestion des camps, l'éducation, les abris, ainsi que la santé et l'assainissement.

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 3 ACCES AU DIAGNOSTIC PRECOCE AINSI QU'A DES MESURES DE PREVENTION ET DE TRAITEMENT RAPIDES ET EFFICACES	Veiller à ce que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR aient accès en temps utile à des services de prévention et de traitement de qualité, adaptés sur le plan culturel et efficaces, qui seront dispensés par un personnel formé travaillant d'une façon professionnelle et respectueuse, et disposant du matériel et des équipements nécessaires au sein d'une structure favorable au respect de l'intimité et de la sécurité des patients.
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(3.1) Assurer l'accès à des services préventifs appropriés aux mères et aux nouveau-nés	(3.1.1) % de femmes enceintes dépistées pour la syphilis au cours de la période prénatale (3.1.2) % de mères dont le test de la syphilis en période prénatale s'est révélé positif (3.1.3) % de pays, lorsque indiqué, où les femmes enceintes et les nouveau-nés ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. (3.1.4) % de femmes s'étant présentées aux soins prénatals et ayant reçu au moins 2 doses de Traitement préventif intermittent contre le paludisme en cours de grossesse, lorsque nécessaire (3.1.5) % de décès néonataux Voir aussi (1.1.1), (1.1.2), (1.3.1), (1.4.1), (1.4.2), (1.4.3), (1.5.1) .
(3.2) Améliorer les services consacrés aux accouchements et à la naissance en mettant l'accent sur les soins obstétricaux et néonataux d'urgence (SONU)	(3.2.1) % de césariennes parmi toutes les naissances (3.2.2) % de camps ayant accès aux SONU, 24h sur 24 et 7 jours sur 7 (3.2.3) % de nouveau-nés pesant moins de 2500g à la naissance (3.2.4) % de nourrissons (0-<6 mois) nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie Voir aussi (1.1.1), (1.3.2), (1.4.1), (3.1.5) .
(3.3) Créer des services de planification familiale efficaces et encourageants	(3.3.1) % de femmes ou de partenaires utilisant une méthode moderne de planification familiale Voir aussi (1.5.1), (2.2.2) .
(3.4) Faire diminuer les infections sexuellement transmissibles (IST) et les infections à VIH et accroître l'accès aux soins des IST	(3.4.1) Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme, par âge (3.4.2) Incidence de l'ulcère génital – par âge et par sexe (3.4.3) % de personnes s'étant révélées positives au test de la syphilis – par âge et par sexe (3.4.4) % de partenaires ou contacts de personnes atteintes d'IST ayant été notifiés et traités – par âge et par sexe (3.4.5) % d'opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles les précautions universelles ⁶ ont été appliquées de façon satisfaisante (3.4.6) % d'opérations en faveur des réfugiés transfusant du sang testé pour le VIH selon une méthode d'assurance de qualité (3.4.7) % d'opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles un nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins sont distribués ⁷ (3.4.8) % d'opérations en faveur des réfugiés appliquant des protocoles normalisés de traitement des IST.
(3.5) Veiller à ce que les victimes de violso reçoivent des soins et des traitements appropriés ⁸	(3.5.1) % de pays notifiant la fourniture d'une contraception d'urgence à des femmes non enceintes dans les 120 heures ayant suivi le viol. (3.5.2) % de pays notifiant la fourniture de PPE à des victimes de viol dans les 72 heures ayant suivi le viol. (3.5.3) % d'opérations de l'UNHCR assurant l'accès en tout temps à une contraception d'urgence Voir aussi (1.1.3), (1.2.1) .
Les indicateurs 1.2.1 et 1.2.2 du Plan stratégique pour la lutte antipaludique s'appliquent également Les indicateurs 3.1.3 et 3.2.5 du Plan stratégique pour la nutrition et la sécurité alimentaire s'appliquent également.	

6 Les précautions universelles satisfaisantes se réfèrent à une série de procédures visant à diminuer les risques d'infections et comprennent, pour cet indicateur, l'approvisionnement suffisant de stocks d'aiguilles, de seringues et de gants, qui sont définis comme « sans rupture de stock de plus d'une semaine à tout moment de l'année écoulée ».

7 Nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins = 0,5/par personne et par mois

8 Selon les normes de santé reproductive en situations de réfugiés, Manuel de terrain interorganisations (1999) et son corrigendum (2007).

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATEGIQUE 4 : DES SOLUTIONS DURABLES	Mettre au point des stratégies et des interventions de santé reproductive et les incorporer dans les politiques et programmes en faveur de solutions durables
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(4.1) Promouvoir et créer des politiques et programmes d'intégration locale et de rapatriement comprenant une prévention et des interventions thérapeutiques appropriées de santé reproductive mettant l'accent sur le DMU	(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des trousseaux de santé reproductive appropriés pour rapatriés ⁹ (4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de santé reproductive ont été conçus et intégrés dans les plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement). (4.1.3) % de programmes qui offrent des services de SONU au lieu du retour. Voir aussi (1.1.2).
(4.2) Coordonner les informations concernant la santé reproductive et les communiquer aux gouvernements, aux organisations des Nations Unies et à d'autres institutions humanitaires au cours des opérations de rapatriement	(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement au cours desquelles ils recueillent des informations sur la santé reproductive des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR qui vivent dans les zones de rapatriement, et qui les communiquent au gouvernement et aux organisations participant aux politiques et programmes de santé reproductive
L'Indicateur 4.1.1 du Plan stratégique pour la lutte antipaludique s'applique également	
OBJECTIF STRATEGIQUE 5 CREATION DE CAPACITES ET FORMATION	Créer et renforcer des connaissances et des capacités spécifiques à la santé reproductive et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(5.1) Améliorer les connaissances du HCR et de ses partenaires concernant la santé sexuelle et reproductive et ainsi que les droits en la matière des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, aux niveaux mondial, régional et national	(5.1.1) Nombre d'ateliers et d'événements formateurs – par thèmes Voir aussi (1.2.1), (1.3.2), (2.1.1), (2.2.1), (2.3.2), (2.4.1), (2.6.1).
(5.2) Améliorer les connaissances et les capacités des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR au sujet de leur santé sexuelle et reproductive ainsi que de leurs droits en la matière	(5.2.1) % de pays notifiant des formations en santé reproductive à l'intention de personnes relevant de la compétence de l'UNHCR Voir aussi (1.4.2), (2.2.2), (2.6.1), (3.1.3), (4.1.1).

9 Contenant des serviettes hygiéniques et du matériel de planification familiale

Tableau 1: Principales stratégies et Indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6 : ENQUETES, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, ET RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>Contrôler régulièrement la situation de la santé reproductive des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR afin de fournir en temps opportun des informations utiles pour la planification et la mise en œuvre des programmes; évaluer les performances et les succès obtenus par les programmes suivant une approche de gestion fondée sur les résultats ; enfin, concevoir et mener des recherches opérationnelles sur les nouvelles approches en matière de santé reproductive</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Mener des évaluations de la situation de la santé reproductive sur la base d'une liste de contrôle normalisée</p>	<p>(6.1.1) % d'évaluations sur la santé reproductive entreprises au cours de phase initiale d'une urgence en se fondant sur une liste de contrôle normalisée</p>
<p>(6.2) Recueillir, analyser et formuler régulièrement des données de santé reproductive sur la base des définitions de cas normalisées</p>	<p>(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR</p>
<p>(6.3) Suivre de près tous les décès maternels et mener des enquêtes à leur sujet</p>	<p>Voir l'Indicateur (2.2.1).</p>
<p>(6.4) Evaluer régulièrement les programmes de santé reproductive</p>	<p>(6.4.1) % de camps ou programmes qui évaluent la couverture et la qualité des services de santé reproductive tous les 2 ans dans les situations stables</p>
<p>(6.5) Mener des recherches opérationnelles comme indiqué afin d'orienter la mise en œuvre des programmes ou d'identifier les éventuels problèmes survenant au sein des programmes</p>	<p>(6.5.1) nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et entrepris d'en communiquer les résultats à la planification programmatique ou de résoudre les problèmes identifiés au sein des programmes.</p>

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Lien avec les Indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
Dispositif minimum d'urgence						
(1.1.1) % d'enfants décédant avant l'âge de 28 jours (mortalité néonatale)	<53/1000 Afrique subsaharienne <36/1000 Asie du Sud-Est	Mensuelle, Annuelle	1, 3	SIS		Camp
(1.1.2) % d'opérations du HCR mettant des « troussees d'accouchement propres » à la disposition des femmes manifestement enceintes, en l'absence ou en raison de la difficulté d'accès de services institutionnels de qualité pour les accouchements	100%	Annuelle	1, 3, 4	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(1.1.3) Nombre de cas de violence fondée sur le sexe (VS) ayant été rapportés, ventilés par type, âge et sexe.	100%	Mensuelle, Annuelle	1, 3	Bureaux nationaux SIS RAP		Camp Non-camp
(3.4.5) % d'opération en faveur des réfugiés au cours desquelles les précautions universelles ¹² sont appliquées de façon satisfaisante	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux SIVIH	BPTI RP ¹³ 7	Camp
(3.4.6) % d'opérations en faveur des réfugiés transfusant du sang testé pour le VIH selon une méthode d'assurance de qualité	100%	Mensuelle, Annuelle	3	SIVIH SIS	UNGASS ¹⁴ 3 BPTI RP 7	Camp
(3.4.7) % d'opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles un nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins sont distribués ¹⁵	>75%	Mensuelle, Annuelle	3	SIS	UNGASS 17, 18, 19, 20	Camp

10 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2012. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

11 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré pour la première fois. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones de camps ou de non-camps ; mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

12 Les précautions universelles satisfaisantes se réfèrent à une série de procédures visant à diminuer les risques d'infections et comprennent, pour cet indicateur, l'approvisionnement suffisant de stocks d'aiguilles, de seringues et de gants, qui sont définis comme « sans rupture de stock de plus d'une semaine à tout moment de l'année écoulée ».

13 BPTI RP = Résultat Principal du Budget-Plan de travail unifié de l'ONUSIDA pour 2008 et 2009.

14 UNGASS = Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le VIH/SIDA ayant mis au point une série d'indicateurs internationaux essentiels permettant de mesurer l'efficacité des ripostes nationales au VIH.

15 Nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins = 0,5/par personne et par mois

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Lien avec les Indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
Santé maternelle et néonatale (+ Indicateurs DMU)						
(1.4.2) % de femmes qui, au moment de l'accouchement, s'étaient présentées à un minimum de 4 visites de soins prénatals auprès d'une professionnelle de la santé possédant des qualifications de sage femme	100%	Mensuelle, Annuelle	1, 3, 5	SIS		Camp
(3.1.1) % de femmes enceintes dépistées pour la syphilis au cours de la période prénatale	>90%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(3.1.2) % de mères dont le test de la syphilis en période prénatale s'est révélé positif	Variable	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(1.4.3) % de mères se présentant à 3 visites postnatales dans les 6 semaines ayant suivi l'accouchement	>75%	Mensuelle, Annuelle	1, 3	SIS		Camp
(3.1.3) % de pays, lorsque indiqué, où les femmes enceintes et les nouveau-nés ont reçu des médicaments antirétroviraux en vue de réduire le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.	90% en cas d'épidémie généralisée	Mensuelle, Annuelle	1, 3, 5	SIVIH SIS	UNGASS 5 BPTI RP 7	Camp
(3.1.4) % de femmes s'étant présentées aux soins prénatals et ayant reçu au moins 2 doses de Traitement préventif intermittent contre le paludisme en cours de grossesse, lorsque nécessaire	>80%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(3.1.5) % de décès néonataux	20/1000 naissances (max. 32/1000)	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(3.2.2) % de camps ayant accès aux SONU, 24h sur 24 et 7 jours sur 7	100%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux	Indicateur 1 du Processus des Nations Unies	Camp
(1.4.1) % de toutes les naissances se déroulant dans des services de soins obstétricaux et néonataux d'urgence.	Min 15% ; 100% dans les situations de longue durée	Mensuelle, Annuelle	1, 3	SIS	Indicateur 3 du Processus des Nations Unies	Camp
(4.1.3) % de programmes qui offrent des services de SONU au lieu du retour.	100%	Annuelle	1,4	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(3.2.1) % de césariennes parmi toutes les naissances	5% < Cés. < 15%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS	Indicateur 5 du Processus des Nations Unies	Camp
(3.2.3) % de nouveau-nés pesant moins de 2500g à la naissance	<15%	Mensuelle, Annuelle	1,3	HIS		Camp
(3.2.4) % de nourrissons (0-<6 mois) nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie	>80%	Annuelle	1,3	Bureaux nationaux		Camp
(1.3.2) % d'opérations mettant en œuvre des programmes de dépistage des fistules obstétricales suivis du transfert des patientes vers les services concernés.	Variable	Annuelle	1, 3, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(2.2.1) % d'opérations du HCR comportant des investigations systématiques en cas de décès maternels	100%	Rapports immédiats Mensuelle, Annuelle	2, 5, 6	SIS		Camp

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Lien avec les Indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
Planification familiale						
(3.3.1) % de femmes ou de partenaires utilisant une méthode moderne de planification familiale	Variable	Mensuelle, Annuelle	1,2,3	SIS		Camp
(1.5.1) % de femmes ayant accouché avant l'âge de 18 ans (grossesses d'adolescentes)	Variable	Mensuelle, Annuelle	1, 3	SIS		Camp
(2.2.2) Proportion d'opérations incluant les hommes dans les activités de santé reproductive, notamment dans la planification familiale	100%	Annuelle	2, 3, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des trousseaux de santé reproductive appropriés pour rapatriés (Contenant des serviettes hygiéniques et du matériel de planification familiale)	Variable	Annuelle	1,4, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
Prévention et prise en charge de la violence fondée sur le sexe (+ Indicateurs DMU)						
(1.2.1) % d'opérations soutenant les dispensaires de santé appliquant des protocoles de traitement et de prise en charge des victimes de viols.	100%	Annuelle	1, 3, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(3.5.1) % de pays notifiant la fourniture d'une contraception d'urgence à des femmes non enceintes dans les 120 heures ayant suivi le viol.	100%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(3.5.2) % de pays notifiant la fourniture de PPE à des victimes de viol dans les 72 heures ayant suivi le viol.	100%	Mensuelle, Annuelle	1,3	SIS		Camp
(3.5.3) % d'opérations de l'UNHCR assurant l'accès en tout temps à une contraception d'urgence	100%	Annuelle	1,2,3	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(1.3.1) % d'opérations mettant en œuvre des stratégies de réduction des mutilations génitales féminines (MGF) dans les environnements où ces pratiques existent	100%	Annuelle	1, 3	Bureaux nationaux		Camp Non-camp

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Lien avec les Indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
Prevention and Management of Sexually Transmitted Infections (+ MISP indicators)						
(3.4.1) Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme, par âge	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	SIS		Camp
(3.4.2) Incidence de l'ulcère génital – par âge et par sexe	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	SIS		Camp
(3.4.3) % de personnes s'étant révélées positives au test de la syphilis – par âge et par sexe	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	SIS		Camp
(3.4.4) % de partenaires ou contacts de personnes atteintes d'IST ayant été notifiés et traités – par âge et par sexe	Variable	Mensuelle, Annuelle	3	SIS		Camp
(3.4.8) % d'opérations en faveur des réfugiés appliquant des protocoles normalisés de traitement des IST.	100%	Annuelle	3	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
Services d'appui						
(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de la santé organisées par les pays inclus dans le module ¹⁴	>75%	Annuelle	2, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(2.3.1) Nombre de coordonnateurs de la santé publique du HCR	Variable	Annuelle	2	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Camp Non-camp
(2.3.2) Nombre de réunions de coordinations tenues chaque année	Variable	Annuelle	2, 5	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Camp Non-camp
(2.4.1) % de réunions du Groupe de travail inter-agences sur la santé reproductive dans les situations de crise auxquelles le HCR a participé	100%	Annuelle	2, 5	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Not applicable
(2.5.1) Services de santé reproductive inclus dans tous les plans d'opérations par pays	100%	Annuelle	2	MSRP COP		Camp Non-camp

14 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir des résultats efficaces et prévisibles réalisés en temps utile tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale et couvrant divers secteurs tels que la protection, la coordination et la gestion des camps, l'éducation, les abris, ainsi que la santé et l'assainissement

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ¹⁰	Périodicité	Objectifs Stratégiques	Source des mesures	Lien avec les Indicateurs globaux	Environnement: Camp, Non-camp ¹¹
Support Services (cont.)						
(2.5.2) Quantité de ressources consacrées par le HCR à des programmes relatifs à santé reproductive (USD/personne/année)	Variable	Annuelle	2	MSRP		Camp Non-camp
(2.6.1) % des pays ayant mené des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations	>75%	Annuelle	2, 5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(4.1.2) % d'opérations au cours desquelles des plans de santé reproductive ont été conçus et intégrés dans les plans sanitaires des stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement).	100%	Annuelle	1,4	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(4.2.1) % de pays mettant en œuvre des opérations majeures de rapatriement au cours desquelles ils recueillent des informations sur la santé reproductive des réfugiés et de toutes autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR qui vivent dans les zones de rapatriement, et qui les communiquent au gouvernement et aux organisations participant aux politiques et programmes de santé reproductive	100%	Annuelle	4	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(5.1.1) Nombre d'ateliers et d'événements formateurs relatifs à la santé reproductive – par thèmes	Variable	Annuelle	1,2,5	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Camp Non-camp
(5.2.1) % de pays notifiant des formations en santé reproductive à l'intention de personnes relevant de la compétence de l'UNHCR	100%	Annuelle	1,2,3,4,5	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(6.1.1) % d'évaluations sur la santé reproductive entreprises au cours de phase initiale d'une urgence en se fondant sur une liste de contrôle normalisée	100%	Annuelle	6	Bureaux nationaux		Camp Non-camp
(6.2.1) % d'opérations en faveur des réfugiés menées selon les principes du SIS, comme indiqué dans les rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Annuelle	6	SIS		Camp en priorité, avec accent mis sur Non-camp
(6.4.1) % de camps ou programmes qui évaluent la couverture et la qualité de services de santé reproductive tous les 2 ans dans les situations stables	100%	Bisannuelle	6	Bureaux nationaux et régionaux		Camp
(6.5.1) nombre de programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles et entrepris d'en communiquer les résultats à la planification programmatique ou de résoudre les problèmes identifiés au sein des programmes.	Variable	Annuelle	6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège		Camp Non-camp



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Plan stratégique de l'UNHCR pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement 2008 - 2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Table of contents

Résumé d'orientation.....	VI	1
Introduction	VI	3
Buts et objectifs.....	VI	4
Stratégies et indicateurs de performance	VI	5
Tableau 1 : Principales stratégies et indicateurs de performance	VI	6
Tableau 2 : Aperçu des indicateurs de performance	VI	10

Liste des acronymes

CDC	Centers for Disease control and Prevention
DOS	Division des services opérationnels
IST	Infection sexuellement transmissible
MSRP	Projet de renouvellement des systèmes de gestion
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations Unies
PDI	Personnes déplacées internes
PE	Partenaire d'exécution
PO	Partenaire opérationnel
PPE	Prophylaxie post-exposition
S&I	Normes et indicateurs
SAM	Cartographie OMS des services disponibles
SFP	Programme Finance et Solidarité (OIT) Programme d'alimentation complémentaire
Sida	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sanitaire
TFP	Programme d'alimentation thérapeutique
UNDP	Programme des Nations Unies pour le Développement
UNHCR	Haut- Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience acquise
VS	Violence sexospécifique
WASH	Eau, assainissement et hygiène

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

Le Plan stratégique en matière d'eau et d'assainissement (2008-2012) décrit dans les grandes lignes les principaux objectifs et stratégies mis en œuvre par l'UNHCR dans le domaine de l'eau et de l'assainissement dans le cadre de son mandat de protection des réfugiés, des personnes déplacées internes et des autres personnes relevant de sa compétence. Le Plan stratégique vise à s'inscrire en complément des Normes et Indicateurs de l'UNHCR spécifiques aux secteurs de l'eau et de l'assainissement (UNHCR's Standards and Indicators [S&I] Handbook 2006), des Objectifs du Millénaire pour le Développement, de l'Initiative de réforme humanitaire lancée par les Nations Unies, du droit à une eau saine reconnu sur le plan international ainsi qu'à d'autres engagements mondiaux et processus en cours dans les secteurs de l'eau et de l'assainissement.

Le Plan stratégique reconnaît la nécessité d'une coordination étroite entre les services sectoriels essentiels de l'UNHCR, notamment en matière de protection des personnes, de services communautaires, de santé, de nutrition, de sécurité alimentaire, d'abris, de lutte contre le VIH/SIDA, d'environnement et d'éducation. Les liens entre ces différents domaines permettront d'assurer une approche intégrée de l'ensemble des secteurs techniques couverts par la Section de santé publique et du VIH de l'UNHCR ainsi qu'avec d'autres divisions de l'UNHCR. Le Plan stratégique a été conçu en vue d'orienter les opérations menées dans les camps, les zones urbaines et autres zones situées en dehors des camps, ainsi que dans les domaines de l'intégration locale et du rapatriement dans les foyers au cours de la période 2008-2012 (voir Principes directeurs 2008-2012).

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL

Soutenir et promouvoir les politiques et programmes d'eau et d'assainissement afin de réduire la morbidité et la mortalité et d'améliorer la qualité de vie des réfugiés, des déplacés internes et des rapatriés ainsi que des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

OBJECTIFS STRATÉGIQUES GÉNÉRAUX DE L'UNHCR EN MATIÈRE D'EAU ET D'ASSAINISSEMENT :

- 1. Protection :** Assurer aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR le respect de leur droit humanitaire à un accès équitable à des services fiables et suffisants d'approvisionnement en eau et d'assainissement
- 2. Coordination et intégration :** Assurer une coordination, une promotion et une intégration efficaces des politiques et programmes d'approvisionnement en eau menés selon une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR grâce au renforcement et à l'élargissement de partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Faire diminuer la transmission des maladies résultant de l'insuffisance de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en mettant en œuvre des politiques et programmes d'eau et d'assainissement appropriés, fiables, accessibles et suffisants tout en encourageant la participation communautaire.
- 4. Mise en œuvre des opérations :** Assurer l'efficacité de la mise en place, du suivi et du fonctionnement des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement en collaboration avec les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et d'autres parties prenantes bénéficiant directement de ces services
- 5. Des solutions durables :** s'assurer que les tous les éléments des services d'eau et d'assainissement s'intègrent ou se réintègrent aux opérations menées sur le terrain afin garantir la pérennité des solutions.
- 6. Création de capacités et formation :** Créer et renforcer les connaissances et les capacités spécifiques relatives à l'eau et à l'assainissement et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels travaillant à leurs côtés.
- 7. Estimations, suivi, évaluation et recherche opérationnelle :** Contrôler l'avancement des programmes d'eau et d'assainissement de façon régulière et en faire rapport afin fournir les informations nécessaires à la planification programmatique ainsi qu'à sa mise en œuvre en temps utile ; évaluer la performance et les réussites des programmes ; et élaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles concernant les nouvelles approches et technologies du secteur de l'eau et de l'assainissement.

INTRODUCTION

L'accès à de l'eau propre et l'amélioration de l'assainissement sont essentiels à la vie, à la santé et à la dignité. Ce sont donc des droits humains de base. La Déclaration universelle des droits de l'homme déclarait en 1948, à l'article 25 que « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille ». L'Observation générale No 15 du « Droit à l'eau », édictée en 2002 par le Conseil Economique et Social des Nations Unies, élargit quant à elle cette notion aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en indiquant dans son alinéa f), page 8 que «les réfugiés, les demandeurs d'asile, les personnes déplacées dans leur propre pays et celles qui retournent dans leur foyer doivent disposer d'un approvisionnement en eau adéquat, indépendamment du fait qu'ils vivent dans des camps ou dans des zones urbaines et .. doivent avoir accès à l'eau au même titre et dans les mêmes conditions que les nationaux ».

L'approvisionnement en eau propre en temps opportun et en quantité suffisante des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR revêt une importance toute particulière si l'on songe que ces personnes doivent souvent faire face à la discrimination et à la difficulté d'exercer pleinement leurs droits et qu'elles sont souvent des proies faciles de l'exploitation. L'assainissement est tout aussi important, qu'il s'agisse notamment de la gestion de l'élimination des déchets humains, des déchets solide et des déchets médicaux, ainsi que de l'évacuation des eaux usées ou encore de la lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles tels que moustiques, rats, souris et mouches. La mise en œuvre des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement doit s'accompagner d'une promotion de l'hygiène appropriée ainsi que d'activités concrètes permettant la prévention efficace des maladies et de la mortalité.

Le Plan Stratégique de l'UNHCR en faveur de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement décrit la vision, les objectifs stratégiques et les principales stratégies mis en œuvre par l'UNHCR pour intégrer pleinement des politiques et des programmes relatifs à l'eau et à l'assainissement dans son mandat général de protection des réfugiés et des personnes relevant de sa compétence. Le plan fournit également des indicateurs de base devant permettre de mesurer les progrès à la lumière des objectifs stratégiques afin de s'assurer que l'UNHCR réalise des normes et indicateurs internes tout en répondant aux normes internationales.

Les bases du Plan stratégique pour l'approvisionnement en eau et l'assainissement 2008-2012 sont jetées dans les ouvrages suivant :

- UNHCR, Water Manual for Refugee Situations, 1992
- (UNHCR, Manuel des situations d'urgences (sections 14 et 15), 3^e édition, UNHCR, 2007)
- OMS, Directives de qualité pour l' eau de boisson (sous presse). Vol. 1, Recommendations 3^e éd.
- UNHCR, Lutte antivectorielle dans les situations d'urgence, 1997
- Loughborough University, UK, Emergency Sanitation, Water, Engineering and Development Centre, 2002
- Loughborough University, UK, Excreta Disposal in Emergencies, Water, Engineering and Development Centre, 2007
- Nations Unies, ECOSOC Observation générale No 15, le droit à l'eau, 2002
- UNESCO, Programme mondial pour l'évaluation des ressources en eau, L'eau une responsabilité partagée, 2^{ème} Rapport mondial des Nations Unies sur la mise en valeur des ressources en eau, 2006

L'approvisionnement en eau et l'assainissement sont également explicitement mentionnés dans les objectifs stratégiques globaux pour 2008-2009 (voir Encadré 1)¹

Encadré 1. L'eau et l'assainissement dans les objectifs stratégiques globaux de l'UNHCR

Objectif stratégique global 3 - Assurer le bien-être socio-économique des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR, en donnant la priorité à :

- 3.1** La réduction de la malnutrition et des risques majeurs menaçant la santé des populations prises en charge, notamment le paludisme, le VIH et le SIDA et l'insuffisance de services de santé reproductive.
- 3.2** La diminution de la vulnérabilité et l'amélioration de la qualité de vie, en particulier dans les secteurs de l'eau, des abris et de l'assainissement.
- 3.5** La création d'opportunités d'autosuffisance par le biais d'une approche communautaire.

Objectif stratégique global 4 - Faire face aux situations d'urgence en temps opportun et avec efficacité, en donnant la priorité à :

- 4.2** La satisfaction des besoins des femmes, des enfants et des groupes présentant une vulnérabilité particulière dans les des situations d'urgence.

Objectifs de performance :

- 4.2.2.** Les interventions d'urgence en matière de protection et d'assistance au cours des trois premiers mois d'une crise tiendront davantage compte des critères d'âge, de sexospécificité et de diversité, et comprendront des interventions spécifiques en faveur des femmes, des enfants et des groupes présentant une vulnérabilité particulière.

Une évaluation provisoire de tous les indicateurs et objectifs présentés dans ce plan sera entreprise fin 2009.

BUTS ET OBJECTIFS

OBJECTIF STRATÉGIQUE GÉNÉRAL :

Soutenir et promouvoir des politiques et programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement favorisant la réduction de la morbidité et de la mortalité ainsi que l'amélioration de la qualité de vie des réfugiés, des PDI, des rapatriés et des autres personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.

Objectifs stratégiques de l'UNHCR en matière d'eau et d'assainissement :

- 1. Protection:** Assurer aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR le respect de leur droit à un accès suffisant et sûr à des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement
- 2. Coordination et intégration :** Assurer une coordination, une promotion et une intégration efficaces des politiques et programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement menés dans le cadre de l'approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR en renforçant et élargissant les partenariats stratégiques avec les principales parties prenantes.
- 3. Prévention :** Faire diminuer la transmission de maladies résultant de l'insuffisance de services d'eau et d'assainissement en mettant en œuvre des politiques et programmes relatifs à l'eau et l'assainissement qui soient appropriés, fiables, accessibles et suffisants tout en privilégiant la participation communautaire.

¹ UNHCR, Budget-programme biennal pour 2008-2009 du Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés : Rapport du Haut Commissaire, A/AC.96/1040, 12 septembre 2007, Cinquante-huitième session

4. **Mise en œuvre des opérations** : Assurer l'efficacité de la mise en place, du suivi et du fonctionnement des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement en collaboration avec les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR et d'autres parties prenantes bénéficiant directement de ces services
5. **Des solutions durables** : s'assurer que tous les éléments des services d'eau et d'assainissement s'intègrent ou se réintègrent aux opérations menées sur le terrain afin garantir la pérennité des solutions.
6. **Création de capacités et formation** : Créer et renforcer les connaissances et les capacités spécifiques relatives à l'eau et à l'assainissement et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR ainsi qu'aux personnels qui travaillent à leurs côtés.
7. **Estimations, suivi, évaluation et recherche opérationnelle** : Contrôler l'avancement des programmes d'eau et d'assainissement de façon régulière et en faire rapport afin fournir les informations nécessaires à la planification programmatique ainsi qu'à sa mise en œuvre en temps utile ; évaluer la performance et la réussite des programmes sur la base d'une approche gestionnaire fondée sur les résultats ; élaborer et mettre en œuvre des recherches opérationnelles concernant les nouvelles approches et technologies du secteur de l'eau et de l'assainissement.

STRATÉGIES ET INDICATEURS DE PERFORMANCE

L'UNHCR évaluera ses progrès au cours de la période 2008-2012 au regard de ces objectifs en se fondant sur un système rigoureux de suivi et d'évaluation mis en œuvre aux niveaux régional et national. Les résultats de cet exercice seront rassemblés et feront l'objet de rapports périodiques au niveau global. Les 36 indicateurs essentiels présentés plus loin serviront à mesurer l'ensemble des progrès en référence avec chacun des objectifs stratégiques. Chacun de ces indicateurs en suggère de nombreux autres qui pourraient être mis en œuvre, par exemple des indicateurs de suivi des performances des programmes, qui ne figurent pas nécessairement dans le présent document, mais dont un grand nombre sont régulièrement recueillis et utilisés à l'échelon des pays. La réalisation des objectifs stratégiques devra pouvoir se fonder sur un certain niveau de responsabilité aux divers échelons des instances gouvernantes. Ce sens des responsabilités revêtira la plus grande importance au niveau national et sur le terrain, lorsqu'il s'agira de mettre en œuvre les cycles de planification programmatique et la diffusion permanente des informations

Le tableau 1 donne un aperçu des stratégies et des indicateurs de performance. Il fournit des définitions explicites ainsi que des informations essentielles sur la manière dont les indicateurs seront mesurés aux niveaux global, régional et des opérations dans les pays.

Le tableau 2 donne un aperçu de la manière dont les indicateurs de performance seront portés à la connaissance des personnes concernées. Ces informations porteront sur les objectifs, la périodicité, l'applicabilité des objectifs stratégiques et les procédures de mesures.

Les données sur l'eau et l'assainissement diffusées par l'UNHCR proviendront des sources suivantes :

1. UNHCR, Système d'information sanitaire (SIS) du HCR
2. UNHCR, Guide des normes et indicateurs
3. UNHCR, Rapports annuels de protection
4. UNHCR, Objectifs stratégiques globaux
5. Missions d'évaluation conjointes menées avec d'autres institutions des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, et enquêtes sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement
6. UNHCR, Système financiers utilisant le Projet de renouvellement des systèmes de gestion (MSRP)

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance

OBJECTIF STRATÉGIQUE 1: PROTECTION	Assurer aux personnes relevant de la compétence de l'UNHCR le respect de leur droit l'accès équitable à de l'eau saine et à des services suffisants d'assainissement
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(1.1) Réduire le nombre de cas de maladies provenant de l'insuffisance de services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en mettant en œuvre des politiques et des programmes efficaces permettant de créer de tels services	(1.1.1) Mortalité proportionnelle due à la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans) (1.1.2) Morbidité proportionnelle due à la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans) (1.1.3) Incidence de la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans)
(1.2) Réduire l'incidence de la violence sexospécifique (VS) dans le domaine de l'approvisionnement en eau de l'assainissement	(1.2.1) Dans les cas où des bains publics sont nécessaires, un nombre suffisant de cabines sont mises à disposition, et les cabines pour hommes et pour femmes sont séparées. On s'assure également qu'elles sont utilisées équitablement et de façon appropriée.
(1.3) Assurer un accès équitable à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement	(1.3.1) % de camps disposant de > de 20L d'eau par personne et par jour (1.3.2) % de camps où ≤ de 80 personnes se partagent un robinet utilisable, ou ≤ de 200 personnes se partagent une pompe à main ou un puits (1.3.3) % de camps où l'accès à des latrines familiale est > de 80% (phase stable)
Les indicateurs 1.5.1 et 1.5.2 du Plan stratégique sur le VIH et le SIDA sont également valables dans ce contexte	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 2: COORDINATION ET INTÉGRATION	Les politiques et les programmes d'assainissement sont intégrées dans une approche multisectorielle en faveur des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR grâce à une coordination et à un plaidoyer efficaces. Pour ce faire, les partenariats stratégiques avec des parties prenantes clés sont élargis et renforcés
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(2.1) S'assurer que les politiques et programmes d'eau et d'assainissement en faveur des PDI sont coordonnés avec les processus de réforme humanitaire et intégrés à cette réforme	(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR siégeant en permanence dans les réunions du module de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) organisées par les pays inclus dans le module ² (2.1.2) % de participation du HCR aux réunions ou autres événements organisés par WASH à l'échelle mondiale
(2.2) Renforcer la capacité de coordination et de contrôle du HCR en matière d'eau et d'assainissement relativement aux parties prenantes concernées (notamment : autorités du pays hôte, PE et des OP, ainsi que les représentants des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR.	(2.2.1) Nombre de coordonnateurs de santé publique du HCR et/ou membres du personnel de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement (2.2.2) Nombre annuel de réunions de coordination de la santé publique intégrant des éléments relatifs à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement (2.2.3) % d'experts de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dépêchés par nos partenaires comparé au nombre de demandes du HCR.
(2.3) S'assurer que des ressources suffisantes seront fournies pour soutenir les activités du HCR dans le domaine de l'eau et de l'assainissement	(2.3.1) Quantité des ressources consacrées par le HCR à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement (USD/personne/année)
(2.4) S'assurer que les personnes relevant de la compétence de l'UNHCR prennent part aux diverses évaluations participatives ainsi qu'aux analyses portant sur l'âge, le sexe et la diversité qui se déroulent pendant le cycle de gestion des opérations menées par le HCR	(2.4.1) % de pays ayant organisé des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations

² Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir l'accomplissement en temps utile de résultats efficaces et prévisibles tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale couvrant divers secteurs tels que la protection, la coordination et la gestion des camps l'éducation, les abris, la santé, ainsi que l'approvisionnement en eau et l'assainissement.

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

OBJECTIF STRATÉGIQUE 3: PRÉVENTION	Réduire le nombre de cas de maladies provenant de l'insuffisance des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement en mettant en œuvre des politiques et des programmes eau/d'assainissement appropriés, fiables, accessibles et suffisants mettant l'accent sur la participation communautaire
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(3.1) Fournir, en cas de situation d'urgence, des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement minimaux et agréés sur le plan international aux personnes relevant de la compétence du HCR	(3.1.1) % de familles recevant > de 250 g de savon par personne et par mois (3.1.2) % de camps où ≤ de 20 personnes se partagent une latrine ou un trou d'aisance (3.1.3) % de camps notifiant zéro coliforme fécal aux 100ml au point de distribution de l'eau Voir aussi 1.3.1-1.3.3.
(3.2) Assurer la participation des groupes vulnérables et leur donner accès à la mise en place ainsi qu'à la maintenance des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement.	(3.2.1) % de la population vivant à une distance maximale de 200m des points d'eau (3.2.2) % de la population vivant à une distance maximale de 50 m des latrines Voir aussi 1.2.1-1.2.3.
(3.3) Mettre au point des plans de préparation aux épidémies qui tiennent compte des maladies d'origine hydrique	(3.3.1) % de camps/programmes disposant de mesures de préparation aux épidémies, incluant les maladies d'origine hydrique
(3.4) Améliorer la promotion de l'hygiène	(3.4.1) % d'interventions des comités de l'eau et de l'assainissement du HCR lors d'opérations reposant sur une participation équivalente d'hommes et de femmes (3.4.2) % de camps bénéficiant des services d'un spécialiste de la promotion de l'hygiène pour 500 personnes Voir aussi 1.1.1-1.1.3, 3.1.1, 3.1.3, 3.2.1, 3.2.2.
(3.5) Lutter contre les vecteurs de maladies au moyen de mesures environnementales conviviales et de l'amélioration des pratiques de gestion des déchets	(3.5.1) % d'habitations salubres après que l'épandage d'insecticide a été utilisé pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention (3.5.2) % de camps où ≤ 500 personnes se partagent une décharge publique
Les indicateurs 1.2.1 et 1.2.2 du Plan stratégique de lutte contre le paludisme s'appliquent	

OBJECTIF STRATÉGIQUE 4: GESTION DES OPÉRATIONS	Mettre en place, entretenir et exploiter efficacement les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement en collaboration avec les personnes relevant de la compétence du HCR et d'autres parties prenantes bénéficiant directement de ces services
Principales stratégies	Indicateurs de performance
(4.1) Améliorer et mettre en œuvre les plans de gestion des opérations relatives aux installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement du HCR	(4.1.1) % de systèmes de distribution d'eau immobilisés au total ≥ de 3 jours par mois et/ou dont la distribution serait interrompue plus d'un jour de suite Voir aussi 1.1.1-1.1.3, 1.3.1-1.3.3, 3.1.1-3.1.3.
(4.2) Mettre en service des comités de l'eau et de l'assainissement ainsi que du personnel de soutien en vue de surveiller et d'améliorer la performance des services d'approvisionnement en eau et d'assainissement	(4.2.1) % d'interventions prioritaires bénéficiant de la collaboration de personnels de l'eau et de l'assainissement compétents et dévoués afin d'assurer la qualité technique de ces secteurs Voir aussi 3.4.1, 3.4.2.
(4.3) Faire face aux situations d'urgence avec efficacité et en temps opportun	Voir (2.2.3).

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 5: DES SOLUTIONS DURABLES</p>	<p>S'assurer que les opérations d'intégration ou de réintégration locales prévoient l'intégration d'activités d'approvisionnement en eau et d'assainissement afin de garantir la durabilité des solutions</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(5.1) Plaider en faveur de politiques et de programmes locaux d'intégration et de rapatriement et les mettre en œuvre en s'assurant que ces politiques et programmes comprennent des interventions de prévention et de traitement relatives à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement</p>	<p>(5.1.1) % d'opérations pour lesquelles des plans d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont été conçus et intégrés dans les stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement)</p>
<p>(5.2) Coordonner et échanger les informations disponibles sur l'approvisionnement en eau et l'assainissement avec les gouvernements, les institutions des Nations Unies et d'autres organisations humanitaires pendant les opérations de rapatriement</p>	<p>(5.2.1) % d'opérations majeures de rapatriement recueillant et échangeant des informations sur les zones de rapatriement des personnes relevant de la compétence du HCR avec le gouvernement et les organisations participant aux programmes</p>
<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 6: CRÉATION DE CAPACITÉS ET FORMATION</p>	<p>Créer et renforcer les connaissances et les compétences spécifiques relatives à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement et fournir les outils techniques nécessaires aux personnes relevant de la compétence du HCR et des personnels travaillant à leurs côtés</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(6.1) Former le personnel de santé du HCR et de ses partenaires aux mesures essentielles à prendre pour améliorer les services d'approvisionnement en eau et d'assainissement et lui fournir les outils et les directives nécessaires</p>	<p>(6.1.1) % d'activités de formation au titre desquelles des modules d'approvisionnement en eau et d'assainissement sont intégrés et délivrés en fonction d'un nombre prédéterminé Voir aussi 2.1.1, 2.1.2, 2.2.2, 2.4.1.</p>
<p>(6.2) Améliorer la capacité des personnes relevant de la compétence du HCR à participer à la conception, à la mise en œuvre ainsi qu'au suivi et à l'évaluation des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement</p>	<p>(6.2.1) % de pays préparant des rapports à l'intention de l'UNHCR sur la formation à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement Voir aussi 2.4.1, 3.3.1, 3.4.1, 3.4.2, 4.2.1.</p>

Tableau 1: Principales stratégies et indicateurs de performance (cont.)

<p>OBJECTIF STRATEGIQUE 7: ESTIMATIONS, SURVEILLANCE, SUIVI ET EVALUATION, RECHERCHE OPERATIONNELLE</p>	<p>Suivre régulièrement le déroulement des programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement dans les régions où vivent des personnes relevant de la compétence du HCR et en faire rapport afin de fournir des informations utiles pour la planification programmatique et la mise en œuvre en temps opportun ; Evaluer les performances et les résultats des programmes selon une approche gestionnaire fondée sur les résultats ; et Elaborer et mettre en œuvre une recherche opérationnelle se fondant sur des approches et des technologies nouvelles dans les secteurs de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement</p>
<p>Principales stratégies</p>	<p>Indicateurs de performance</p>
<p>(7.1) Réaliser des estimations de la situation de l'eau et de l'assainissement fondées sur l'utilisation de listes de contrôle normalisées</p>	<p>(7.1.1) % d'estimations de la situation de l'eau et de l'assainissement entreprises au cours de la phase initiale de l'urgence</p>
<p>(7.2) Recueillir et analyser de façon régulière des données essentielles sur les performances et les résultats obtenus dans le domaine de l'eau et l'assainissement</p>	<p>(7.2.1) % d'interventions en faveur des réfugiés fonctionnant sur la base du SIS, tel que mis au point grâce aux rapports mensuels reçus par le HCR</p>
<p>(7.3) Evaluer les programmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement de façon régulière</p>	<p>(7.3.1) % de camps/programmes opérant dans des environnements stables ayant évalué la portée et la qualité de leurs services d'eau et d'assainissement tous les 2 ans</p>
<p>(7.4) Mener des recherches opérationnelles sur l'eau et l'assainissement en vue d'orienter la mise en œuvre programmatique ou de résoudre les problèmes ayant été identifiés au sein des programmes</p>	<p>(7.4.1) Nombre des programmes ayant mené des recherches opérationnelles définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue d'apporter des informations utiles à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes</p>

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ³	Périodicité	Objectifs stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non- camp ⁴
(1.1.1) Mortalité proportionnelle due à la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans)	Variable	Mensuelle, annuelle	1,3,4	SIS	Camp
(1.1.2) Morbidité proportionnelle due à la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans)	Variable	Mensuelle, annuelle	1,3,4	SIS	Camp Non-camp
(1.1.3) Incidence de la diarrhée liquide (Statistique brute, moins de 5 ans)	Variable	Mensuelle, annuelle	1,3,4	SIS	Camp
(1.2.1) Des toilettes sont installées dans chaque foyer et/ou ménagées séparément par sexe	100%	Annuelle	1,3	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(1.2.2) Nombre de cas de VS notifiés, ventilés par type, âge et sexe	Variable	Mensuelle, annuelle	1,3	Bureaux nationaux SIS Rapports de protection annuels	Camp Non-camp
(1.2.3) Dans les cas où des bains publics sont nécessaires, un nombre suffisant de cabines sont mises à disposition, et les cabines pour hommes et pour femmes sont séparées.	100%	Annuelle	1,3	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(1.3.1) % de camps disposant de > de 20L d'eau par personne et par jour	>80%	Annuelle	1,3,4	Enquête sur l'eau et l'assainissement S&I (normes et indicateurs)	Camp
(1.3.2) % de camps où ≤ 80 personnes se partagent un robinet utilisable, ou ≤ 200 personnes se partagent une pompe à main ou un puits	>75%	Annuelle	1,3,4	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(1.3.3) % de camps où l'accès à des latrines familiale est > de 80% (phase stable)	>90%	Annuelle	1,3,4	S&I	Camp
(2.1.1) % de bureaux nationaux du HCR participant en permanence aux réunions de groupe du WASH dans les pays organisés en « modules » ⁵	>75%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(2.1.2) % de participation du HCR aux réunions et événements du WASH organisés à l'échelle mondiale	>90%	Annuelle	2,6	Rapports du siège	Sans objet

3 L'objectif se réfère au niveau que l'UNHCR se propose d'atteindre d'ici fin 2012. Il est fondé sur la situation actuelle et sur ce que le HCR estime qu'il est possible de réaliser.

4 Se réfère au lieu où l'indicateur sera mesuré **pour la première fois**. Il se peut cependant qu'il faille procéder d'une autre manière selon le contexte. Toutes les enquêtes démographiques peuvent en principe être entreprises dans des zones de camps ou de non-camps ; mais elles sont actuellement réalisées principalement dans les zones de camps. Cette situation pourrait bien entendu évoluer avec le temps.

5 Un module est un groupe d'agences, d'organisations et/ou d'institutions qui unissent leurs mandats spécifiques afin de travailler à l'accomplissement d'objectifs communs. L'objectif des modules est de promouvoir l'accomplissement en temps utile de résultats efficaces et prévisibles tout en améliorant la responsabilité et le leadership. Onze modules ont été mis en place à travers le monde, dont chacun est emmené par une agence principale couvrant divers secteurs tels que l'éducation, les abris, les télécommunications, l'aide alimentaire ainsi que la santé et l'assainissement.

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATEURS DE PERFORMANCE	Objectif ³	Périodicité	Objectifs stratégiques	Source des mesures	Environnement: Camp, Non-camp ⁴
(2.2.1) Nombre de coordonnateurs de santé publique du HCR et/ou membres du personnel de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement	Variable	Annuelle	2	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.2.2) Nombre annuel de réunions de coordination de la santé publique intégrant des éléments relatifs à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement	100%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp
(2.2.3) % d'experts et de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement dépêchés par nos partenaires comparé au nombre de demandes du HCR	>75%	Annuelle	2,4	Siège	Camp Non-camp
(2.3.1) Quantité des ressources consacrées par le HCR à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement (USD/personne/année)	Variable	Annuelle	2	MSRP	Camp Non-camp
(2.4.1) % de pays ayant organisé des évaluations participatives en tant que partie intégrante du cycle de gestion des opérations	>80%	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(3.1.1) (3.1.1) % de familles recevant > 250 g de savon par personne et par mois	>90%	Annuelle	1,3,4	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(3.1.2) (3.1.2) % de camps où ≤ 20 personnes se partagent une latrine ou un trou d'aisance	>90%	Annuelle	1,3,4	Enquête sur l'eau et l'assainissement S&I	Camp
(3.1.3) % de camps notifiant zéro coliforme fécal pour 100ml au point de distribution de l'eau	>75%	Annuelle	1,3,4	Enquête sur l'eau et l'assainissement S&I	Camp
(3.2.1) % de la population vivant à une distance maximale de 200m des points d'eau	>80%	Annuelle	1, 3	Enquête sur l'eau et l'assainissement S&I	Camp
(3.2.2) % de la population vivant à une distance maximale de 50m des latrines	>80%	Annuelle	1, 3	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(3.3.1) % de camps/programmes disposant de mesures de préparation aux épidémies et qui tiennent compte des maladies hydriques	>80%	Annuelle	1,6	Bureaux nationaux	Camp
(3.4.1) % d'interventions des comités de l'eau et de l'assainissement de l'UNHCR lors d'opérations reposant sur une participation équivalente de femmes et d'hommes	>90%	Annuelle	1,3,4,6	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(3.4.2) % de camps bénéficiant des services d'un spécialiste de la promotion de l'hygiène pour 500 personnes	>75%	Annuelle	1,3,4,6	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(3.5.1) % d'habitations salubres après que l'épandage d'insecticide a été utilisé pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention	>80%	Annuelle	3	Bureaux nationaux Enquête sur la distribution de moustiquaires imprégnées (LLIN)	Camp
(3.5.2) % de camps où ≤ 500 personnes se partagent une décharge publique	>90%	Annuelle	3	Enquête sur l'eau et l'assainissement S&I	Camp

Tableau 2: Aperçu des indicateurs de performance (cont.)

INDICATORS OF ACHIEVEMENT	Target ³	Periodicity	Strategic Objectives	Source of Measurement	Setting: Camp, Non-camp ⁴
(4.1.1) % de systèmes de distribution d'eau immobilisés au total pendant ≥ 3 jours par mois et/ou dont la distribution serait interrompue plus d'un jour de suite	<15%	Annuelle	1, 3, 4	Enquête sur l'eau et l'assainissement	Camp
(4.2.1) % d'interventions prioritaires bénéficiant de la collaboration de personnels de l'eau et de l'assainissement compétents et dévoués permettant d'assurer la qualité technique de ces secteurs	100%	Annually	3, 4, 6	Bureaux nationaux Siège	Camp Non-camp
(5.1.1) % d'opérations pour lesquelles des plans d'approvisionnement en eau et d'assainissement ont été conçus et intégrés dans les stratégies de retrait (zones d'intégration ou zones de rapatriement)	100%	Annuelle	5, 2	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(5.2.1) % d'opérations majeures de rapatriement recueillant et échangeant des informations relatives à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement sur les zones de rapatriement des personnes relevant de la compétence du HCR avec le gouvernement et les organisations participant aux programmes	100%	Annuelle	5, 2	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(6.1.1) % d'activités de formation intégrant les modules d'approvisionnement en eau et d'assainissement qui sont distribués en fonction du nombre prévu	90 %	Annuelle	2,6	Bureaux nationaux Siège	Camp Non-camp
(6.2.1) % de pays notifiant l'existence d'une formation sur l'eau et l'assainissement dispensée à l'intention des personnes relevant de la compétence de l'UNHCR	>75%	Annuelle	2,3,4,6	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(7.1.1) % d'estimations de la situation de l'eau et de l'assainissement entreprises au cours de la phase initiale de l'urgence	100 %	Annuelle	7	Bureaux nationaux	Camp Non-camp
(7.2.1) % d'interventions en faveur des réfugiés fonctionnant sur la base du SIS, tel que mis au point grâce aux rapports mensuels reçus par le HCR	100%	Mensuelle, Annuelle	7	Bureaux nationaux Siège	Camp en priorité, avec accent mis sur Non-camp
(7.3.1) % de camps/programmes opérant dans des environnements stables ayant évalué la portée et la qualité de leurs services d'eau et d'assainissements tous les 2 ans	100 %	Bisannuelle	7	Bureaux nationaux	Camp
(7.4.1) Nombre des programmes ayant mené des recherches opérationnelle définies en tant qu'investigations ponctuelles entreprises en vue d'apporter des informations utiles à la planification programmatique ou de résoudre des problèmes identifiés au sein des programmes	Variable	Annuelle	7	Bureaux nationaux Bureaux régionaux Siège	Camp Non-camp



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

Santé publique et VIH
**Principes directeurs
et Plans stratégiques**

VIH et Sida

Lutte contre le paludisme

Nutrition et sécurité alimentaire

Santé reproductive

Eau et assainissement

**Appendice:
Comparatif des indicateurs**

2008-2012



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés

COMPARATIF DES INDICATEURS ¹

Tableau 1: Indicateurs libellés de façon identique dans plus d'un Plan stratégique

INDICATEURS	Indicateurs classés numériquement				
	VIH/SIDA	Paludisme	Nutrition/Sécurité alimentaire (SA)	Santé reproductive	Eau & assainissement
Nombre de cas de VS ventilés par type, âge et sexe				1.1.3	1.2.2
% de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals et recevant au moins 2 doses de traitement préventif intermittent au cours de la grossesse		3.6.1		3.1.4	3.5.1
% nombre d'habitations saines après que l'épandage d'insecticide a été utilisé pour lutter contre les épidémies ou à titre de prévention		3.5.1			
% d'opérations en faveur des réfugiés fournissant des transfusions sanguines à partir de sang testé pour le VIH selon une méthode d'assurance de qualité	3.2.1			3.4.6	
% d'opérations en faveur des réfugiés appliquant les précautions universelles de façon satisfaisante	3.3.1			3.4.5	
% de pays, si indiqué, dans lesquels les femmes enceintes ont reçu un traitement antirétroviral en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH	3.8.1			3.1.3	
% de pays notifiant la fourniture de PPE aux survivantes de viols dans les 72 heures ayant suivi le viol	3.9.1			3.5.2	
Incidence de l'écoulement urétral chez l'homme – par âge	3.4.1			3.4.1	
Incidence de l'ulcère génital – par âge et sexe	3.4.2			3.4.2	
% de clients dont le test de la syphilis a été positif – par âge et par sexe	3.4.3			3.4.3	
% de partenaires ou contacts des patients notifiés et traités pour IST – par âge et sexe	3.4.4			3.4.4	
% d'opérations en faveur des réfugiés au cours desquelles un nombre suffisant de préservatifs masculins et féminins ont été distribués	3.10.1			3.4.7	
% de nouveau-nés dont le poids est inférieur à 2500g			3.1.2	3.2.3	
% de nourrissons (< de 6 mois) nourris exclusivement au lait maternel pendant les six premiers mois de leur vie			3.3.2	3.2.4	

¹ Ces indicateurs se réfèrent au suivi des objectifs intersectoriels que l'on retrouve dans les Plans stratégiques consacrés au paludisme, au VIH/SIDA, à la santé reproductive, à la nutrition et sécurité alimentaire et à l'eau et assainissement.

Tableau 2: Indicateurs libellés de façon identique dans plus d'un Plan stratégique²

INDICATEURS	Indicateurs classés numériquement				
	VIH/SIDA	Paludisme	Nutrition/Sécurité alimentaire (SA)	Santé reproductive	Eau & assainissement
Nut/SA (1.1.1) Prévalence de la malnutrition globale aiguë (GAM) chez les enfants de 6 à 59 mois	X				
Paludisme (1.2.1) % de femmes recevant des moustiquaires imprégnées d'insecticide (LLIN/ITN) en phase d'urgence	X		X	X	X
Paludisme (1.2.2) % de foyers disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée en phase stable	X		X	X	X
Eau & assainissement (1.3.1) % de camps disposant de > de 20L d'eau par personne et par jour			X		
VIH (1.5.1) % d'enfants réfugiés, inscrits / scolarisés aux niveaux 1 à 6, par sexe		X	X	X	X
VIH (1.5.2) % d'enfants réfugiés, inscrits / scolarisés aux niveaux 7 à 12, par sexe		X	X	X	X
VIH (1.4.1) % de pays ayant intégré la lutte contre la VS dans la riposte au VIH				X	
Nut/SA (1.2.1) Quantité de nourriture distribuée au titre de la ration alimentaire générale, en tant que % de la quantité prévue mesurée par : les calories, le pourcentage matières grasses/énergie, le pourcentage protéines/énergie et une sélection de micronutriments				X	
Santé reproductive (1.1.3) Nombre de cas de VS notifiés, ventilés par type, âge et sexe	X				X
Santé reproductive (1.2.1) % d'opérations de soutien aux dispensaires de santé disposant de protocoles de traitement et de suivi des cas à l'intention de survivants de viols ayant été admis	X				
Santé reproductive (1.4.1) % de toutes les naissances se déroulant dans des unités de soins obstétriques d'urgence	X				
Santé reproductive (1.4.2) % de femmes qui, au moment de l'accouchement s'étaient présentées au moins 4 fois à une visite de soins prénatals auprès d'un professionnel de la santé ayant les compétences d'une sage-femme	X				
Santé reproductive (1.5.1) % de femmes ayant accouché avant l'âge de 18 ans (grossesse dans l'adolescence)	X				

2 Contrairement à ce qui est consigné dans le tableau 1, les indicateurs référencés dans le tableau 2 dans le présent document ne figurent que dans un seul Plan stratégique, mais peuvent également s'appliquer à plusieurs Plans stratégiques.

Tableau 2: Indicateurs libellés de façon identique dans plus d'un Plan stratégique² (cont.)

INDICATEURS	Indicateurs classés numériquement				
	VIH/SIDA	Paludisme	Nutrition/Sécurité alimentaire (SA)	Santé reproductive	Eau & assainissement
Santé reproductive (2.2.1) % d'opérations de l'UNHCR incluant systématiquement la recherche des causes de tout décès maternel	X				
VIH (3.2.1)/Santé reproductive (3.4.6) % d'opérations en faveur des réfugiés fournissant des transfusions sanguines à partir de sang testé pour le VIH selon une méthode d'assurance de qualité		X			
Nut/SA (3.2.4) Prévalence de l'anémie chez les enfants de 6 à 59 mois		X			
Nut/SA (3.2.5) Prévalence de l'anémie chez les femmes de 15 à 49 ans		X		X	
Eau & assainissement (3.5.2) % de camps où ≤ 500 personnes se partagent une décharge publique		X			
Nut/SA (3.1.3) % de femmes enceintes ou allaitantes recevant une alimentation complémentaire				X	
VIH (3.1.1) % de pays ayant accès à des matériels d'information, d'éducation et de communication culturellement appropriés sur le VIH et le SIDA			X	X	
Paludisme (3.6.1)/Santé reproductive (3.1.4) % de femmes enceintes se présentant aux soins prénatals et recevant si nécessaire au moins 2 doses de traitement préventif intermittent au cours de la grossesse	X				
Santé reproductive (3.1.1) % de femmes enceintes testées pour la syphilis pendant la période prénatale	X				
Santé reproductive (3.1.2) % de femmes enceintes ayant été testée pour la syphilis au cours de la période prénatale et dont le test s'est révélé positif	X				
Santé reproductive (3.2.1) % de tous les accouchements par césarienne	X				
Santé reproductive (3.2.2) % de camps disposant d'un accès aux soins obstétricaux d'urgence 24h sur 24 et 7 jours sur 7	X				
Santé reproductive (3.2.4)/Nut/SA (3.3.2) % de nourrissons (0- <6 mois) nourris exclusivement au lait maternel pendant les six premiers mois de leur vie	X				
Santé reproductive (3.3.1) % de femmes utilisant (ou dont le partenaire utilise) une méthode moderne de planification familiale	X				
Santé reproductive (3.5.2) % des opérations de l'UNHCR assurant l'accès et la disponibilité de la contraception d'urgence	X				

Tableau 2: Indicateurs libellés de façon identique dans plus d'un Plan stratégique² (cont.)

INDICATEURS	Indicateurs classés numériquement				
	VIH/SIDA	Paludisme	Nutrition/Sécurité alimentaire (SA)	Santé reproductive	Eau & assainissement
Santé reproductive (3.5.1) % de pays notifiant la fourniture de contraception d'urgence aux femmes non enceintes ayant survécu à un viol dans les 120 heures suivant le viol	X				
Nut/SA (3.3.3) % de nourrissons qui ne sont pas nourris au sein ayant accès à la quantité nécessaire de substitut du lait maternel ainsi qu'à des ressources et à un suivi	X				
Paludisme (3.4.1) % de foyers disposant toujours de >1 moustiquaire six mois après la distribution des moustiquaires			X		
Paludisme (3.4.2) % d'établissements hospitaliers disposant d'une moustiquaire imprégnée par lit			X		
VIH (3.8.1) % de pays, si indiqué, où les femmes enceintes et les nourrissons reçoivent un traitement antirétroviral en vue de réduire le risque de transmission mère-enfant du VIH			X		
Nut/SA (4.1.2) % de Programmes d'alimentation complémentaire adhérent aux protocoles de traitement	X				
Nut/SA (4.2.1) % d'opérations mettant en œuvre la méthode de gestion communautaire SAM dans les lieux où le HCR a déterminé que ce type de gestion est approprié et nécessaire	X				
Nut/SA (4.2.3) % de TFP adhérent aux protocoles standard de traitement	X				
Paludisme (4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des kits pour personnes de retour dans leurs foyers contenant ≥1 moustiquaires imprégnées par foyer accompagnées d'un mode d'emploi si nécessaire	X		X	X	
Santé reproductive (4.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des kits pour rapatriés contenant les articles nécessaires en santé reproductive (à savoir des serviettes hygiéniques et du matériel de planification familiale)	X				
Santé reproductive (4.1.3) % de programmes offrant des services soins obstétriques d'urgence aux points de rapatriement des réfugiés	X				
Nut/SA (5.1.1) % d'opérations au cours desquelles les réfugiés reçoivent des colis de vivres adaptés à leur situation	X				
Nut/SA (5.1.2) % d'opérations pour lesquelles des concepts de nutrition et de sécurité alimentaire ont été conçus ou intégrés dans les stratégies de retrait (zones d'intégration ou zone de rapatriement)	X				
Santé reproductive (6.1.1) % d'évaluations de la santé reproductive entreprises lors de la phase d'urgence initiale au moyen de listes de pointage	X				

Notes

A series of horizontal dotted lines for writing notes.



UNHCR

United Nations High Commissioner for Refugees
Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés