



# **STRATÉGIE GLOBALE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU HCR**

2021-2025

*PHOTO DE COUVERTURE (FACE) :*

© HCR/Xavier Bourgois

*Cameroun. Les mères nigérianes espèrent le meilleur pour leurs bébés réfugiés.*

*PHOTO DE COUVERTURE (DOS) :*

© HCR/Christopher Herwig

*Jordanie. Les réfugiés syriens reviennent dans le camp d'Azraq après avoir vécu dans les zones urbaines de Jordanie.*

# TABLE DES MATIÈRES

Acronymes	4
Introduction	6
Vision	6
But	6
Principes directeurs	7
Le rôle du HCR dans le Soutien à l'accès aux services de santé publique	7
Approches stratégiques	8
1) Intégration et inclusion dans les systèmes nationaux	8
2) Travailler en partenariat	8
3) Renforcement des capacités du HCR, des partenaires, des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence	9
4) Informations stratégiques sur la santé	9
5) Approches multisectorielles de la santé	10
Objectif stratégique 1	10
Objectif stratégique 2	15
Objectif stratégique 3	18
Objectif stratégique 4	24
Objectif stratégique 5	28
Suivi de la stratégie globale pour la santé publique	31
Annexes	32
i. Élaboration de stratégies de santé publique dans les opérations de secours aux réfugiés	32
ii. Orientations programmatiques	34
a. Nutrition	34
b. Santé mentale et soutien psychosocial (SMSPS)	42
c. Santé sexuelle et reproductive (y compris le VIH)	50

## ACRONYMES

AAP	Redevabilité envers les populations affectées (en anglais : Accountability to affected people)
AGD	Âge, Genre et Diversité
ASC	Agent de santé communautaire
CSU	Couverture sanitaire universelle
DHIS	Logiciel d'information sanitaire de district
DMU	Dispositif minimum d'urgence (en anglais : MISP)
EDS	Enquêtes démographiques et de santé
EHA	Eau, hygiène et assainissement (en anglais : WASH)
FEFA	Femmes enceintes ou femmes allaitantes
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GCR	Pacte mondial sur les réfugiés
HAUS	Enquête sur l'accès aux services de santé et leur utilisation
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
iRHIS	Système intégré d'information sur la santé des réfugiés
LGBTIQ+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes et autres identités différentes
MhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
MICS	Enquêtes en grappes à indicateurs multiples
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MNT	Maladies non transmissibles
ODD	Objectifs de développement durable
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PB	Périmètre brachial (en anglais : MUAC)
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PEV	Programme élargi de vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POS	Procédures opérationnelles standards
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SIS	Système d'information sur la santé
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
SMS	Service de messages courts
SOGIESC	Orientation sexuelle, identité de genre, expression de genre et caractéristiques sexuelles
SONU-B	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONU-C	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SSP	Soins de santé primaire
SSR	Santé sexuelle et reproductive
TB	Tuberculose
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

# Stratégie de santé publique 2021-2025 du HCR

<b>VISION</b>	Le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) envisage un monde où les réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence ont, à tous les âges, une vie saine et dans laquelle leur bien-être est promu (ODD 3).				
<b>OBJECTIF</b>	Les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR ont accès aux services de santé préventifs, de promotion de la santé, curatifs, palliatifs et de réadaptation dont ils ont besoin, pour un coût abordable et d'une qualité suffisante pour être efficaces, afin de mener une vie saine et productive.				
<b>APPROCHES</b>	Intégration et inclusion dans les systèmes nationaux				
	Travailler en partenariat				
	Renforcement des capacités du HCR, de ses partenaires, des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence				
	Informations stratégiques sur la santé				
	Approches multisectorielles de la santé				
<b>OBJECTIFS</b>	Soutenir, surveiller et promouvoir l'accès des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR à des services de santé essentiels d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout au long du cycle de déplacement	Soutenir les systèmes de santé nationaux pour répondre aux besoins de santé des réfugiés, des demandeurs d'asile et des communautés d'accueil	Promouvoir et soutenir la prestation équitable de services de santé	Renforcer la collaboration intersectorielle au sein du HCR et avec ses partenaires afin de créer des synergies et d'optimiser l'impact positif sur l'état de santé, le bien-être et la dignité des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR	Engager activement les collectivités dans des activités visant à promouvoir et à maintenir leur santé
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une riposte adéquate en matière de santé et nutrition dans les situations d'urgence concernant les réfugiés, y compris en cas d'épidémie</li> <li>• L'accès aux soins de santé primaires essentiels est préservé</li> <li>• Un accès à des services de santé complets, soutenu par un mécanisme de référence fonctionnelle</li> <li>• Les risques pour la santé atténués par le rapatriement volontaire et le soutien aux services de santé pendant la réintégration</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les politiques, plans et systèmes nationaux de santé répondent aux besoins en matière de santé des réfugiés</li> <li>• Le financement de l'inclusion des réfugiés et de leur intégration dans des systèmes de santé établis</li> <li>• L'inclusion des réfugiés dans les politiques, plans et services nationaux de santé est suivie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les données ventilées permettent d'identifier et d'analyser les disparités d'accès, d'utilisation et de résultats</li> <li>• Promotion de politiques adaptées aux questions de genre</li> <li>• Les obstacles à l'accès aux services de santé sont identifiés et surmontés</li> <li>• Les services de santé sont accessibles et adaptés aux besoins de groupes spécifiques de population</li> <li>• Des services de santé ciblés et des services connexes sont fournis aux groupes dont les besoins peuvent ne pas être satisfaits de manière adéquate par les services traditionnels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir l'inclusion de la santé dans l'évaluation, la planification et l'élaboration générales des politiques</li> <li>• Assurer une collaboration intersectorielle efficace pour renforcer les résultats collectifs, notamment réduire la vulnérabilité sanitaire et promouvoir l'atténuation et l'adaptation au changement climatique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participation renforcée, consultation et autonomisation des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR</li> <li>• Les communautés de réfugiés sont engagées dans une approche solide de la santé communautaire adaptée au contexte et en bénéficient</li> <li>• Les installations de réfugiés et autres groupes de population relevant de la compétence du HCR disposent de systèmes fonctionnels de communication des risques liés à la santé et de promotion du changement de comportement en matière de santé</li> <li>• Renforcement du suivi des programmes de santé communautaire, y compris des systèmes communautaires de collecte de données</li> </ul>
<b>RÉSULTATS</b>	Catégorie d'objectif de gestion basée sur les résultats du HCR : Vie saine				

# INTRODUCTION

Les changements dans le paysage mondial du développement et de l'aide humanitaire offrent des possibilités et une dynamique accrue pour promouvoir et faire progresser les populations de réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR en matière de santé et de bien-être. Le pacte mondial sur les réfugiés (Global Compact on Refugees, GCR) définit une approche multipartite pour mieux répondre aux situations des réfugiés afin d'obtenir une protection et des solutions tout en réduisant la charge pesant sur les communautés d'accueil et en favorisant l'autonomie. Ce projet a obtenu le soutien des principaux acteurs du développement, notamment la Banque mondiale, par le biais de son Guichet pour les communautés d'accueil et les réfugiés, créant ainsi des opportunités de développement pour les pays éligibles en reconnaissance des défis auxquels ils sont confrontés dans la poursuite des objectifs de développement lorsqu'ils accueillent d'importantes populations de réfugiés.

Les Objectifs de développement durable et l'Agenda 2030, en mettant l'accent sur le fait de ne laisser personne en arrière, incitent davantage à adopter des approches inclusives et complètes en matière de santé publique et de nutrition au niveau mondial et au niveau national.

La signature d'un nouveau protocole d'accord entre le HCR et l'Organisation mondiale de la santé (OMS), soutenu par le Cadre mondial pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé<sup>1</sup> et le plan d'action mondial qui en découle<sup>2</sup>, fournissent des outils pour promouvoir des réponses plus collaboratives et plus prévisibles au niveau des pays.

Toutefois, la pandémie de COVID a mis en évidence les lacunes des systèmes de santé nationaux et le rôle crucial que joue la santé dans la réalisation des droits, du bien-être et du développement. Les conséquences de la COVID-19 vont bien au-delà de la santé, avec des impacts majeurs sur la sécurité alimentaire, le statut socio-économique, le bien-être psychosocial, les conditions de vie, l'éducation et le détournement des autres priorités en matière de santé.

La Stratégie de santé publique 2021-2025 du HCR repose sur les leçons apprises et s'appuie sur les réalisations de la Stratégie mondiale pour la santé publique 2014-2018. Des progrès ont été réalisés en ce qui concerne les politiques favorisant l'inclusion et l'intégration dans les systèmes nationaux<sup>3</sup>, avec 92 % des 48 opérations étudiées ayant déclaré que les réfugiés avaient accès aux établissements nationaux de soins de santé primaire dans les mêmes conditions que les ressortissants nationaux et 96 % des réfugiés ayant accès à tous les vaccins pertinents dans les mêmes conditions que ceux-ci. Alors que de nombreux pays d'accueil des réfugiés ont des politiques qui permettent aux réfugiés d'accéder aux services de santé nationaux, nombre d'entre eux sont confrontés à un

accès partiel, à des dépenses personnelles prohibitives et à d'autres obstacles, notamment l'éloignement des établissements de santé et l'acceptation de la langue et des prestataires. De plus, il est nécessaire de travailler davantage pour renforcer ces systèmes afin de répondre aux besoins des communautés d'accueil et des réfugiés.

Dans les pays où les systèmes de santé sont faibles, les approches d'inclusion nécessitent la mobilisation d'un soutien supplémentaire important et d'un horizon de moyen à long terme. Les réfugiés continuent d'être confrontés à des obstacles liés à la discrimination, à l'éloignement des établissements de santé et à l'incapacité à payer, surtout lorsqu'ils se voient refuser le droit au travail. Les leçons tirées de l'évaluation de la faisabilité de l'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux ou communautaires d'assurance maladie ont démontré que les réfugiés sont toujours tenus de payer dans la plupart des cas, ce qui démontre l'importance de mettre en œuvre des stratégies d'autonomie et l'utilisation stratégique de l'aide financière ainsi que des approches inclusives.

La stratégie de santé publique 2021-2025 réaffirme l'importance de la santé publique dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence concernant les réfugiés, en s'attaquant aux principales causes de morbidité et de mortalité.

## VISION

Le HCR envisage un monde où les réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence<sup>4</sup> ont, à tous les âges, une vie saine dans laquelle leur bien-être est promu (Objectif de développement durable 3).

## BUT

Les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR ont accès aux services de santé préventifs, de promotion de la santé, curatifs, palliatifs et de réadaptation dont ils ont besoin, pour un coût abordable et d'une qualité suffisante pour être efficaces, afin de mener une vie saine et productive.

<sup>1</sup> [https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/WHA\\_RES\\_70.15.pdf](https://www.un.org/en/development/desa/population/migration/generalassembly/docs/globalcompact/WHA_RES_70.15.pdf)

<sup>2</sup> <https://www.who.int/publications/i/item/promoting-the-health-of-refugees-and-migrants-draft-global-action-plan-2019-2023>

<sup>3</sup> [Tableau de bord de l'inclusion en matière de santé publique](#)

<sup>4</sup> Personne relevant de la compétence du HCR est un terme utilisé pour décrire une personne dont les besoins en matière de protection et d'assistance relèvent de la compétence du HCR, y compris les réfugiés, les demandeurs d'asile, les apatrides, les personnes déplacées et les réfugiés ou les rapatriés déplacés. <https://reporting.unhcr.org/glossary>

# PRINCIPES DIRECTEURS

La *Stratégie globale pour la santé publique 2021-2025* du HCR est guidée par le droit de toutes les personnes au « meilleur standard de santé physique et mentale possible »<sup>5</sup> ainsi que par d'autres doctrines internationales en matière de droits.<sup>6</sup> Pour que les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR atteignent les Objectifs de développement durable pour la santé à l'horizon 2030 il faut prêter attention à la fois à la prestation de services de santé et aux déterminants sociaux de la santé, y compris l'accès à une nutrition et une nourriture suffisantes, un logement adéquat et sûr, une cuisine saine<sup>7</sup>, l'eau potable et l'assainissement, des moyens de subsistance dignes et sûrs ou d'autres moyens d'accéder à l'allocation en espèces et un environnement sain et exempt de violence. Pour y parvenir, la Stratégie, qui promeut une approche multisectorielle, en travaillant en partenariat avec les communautés et les intervenants clés, tant au sein du HCR qu'en dehors de celui-ci. Le droit à la santé exige également que les services de santé soient équitables de sorte qu'ils soient disponibles, accessibles et adaptés aux besoins de toutes les personnes, en accordant une attention particulière aux groupes à risque, conformément à la [politique du HCR en matière d'âge, de genre et de diversité \(AGD\)](#). En soutenant davantage le principe d'équité et conformément aux ambitions de la couverture sanitaire universelle (CSU), l'inclusion et l'intégration des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux seront encouragées, conformément aux orientations stratégiques du HCR ainsi qu'aux principes du Pacte mondial.

## LE RÔLE DU HCR DANS LE SOUTIEN À L'ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ PUBLIQUE

L'un des objectifs du Pacte mondial sur les réfugiés consiste à réduire la pression sur les pays d'accueil. Ce résultat peut être obtenu par des réponses globales qui impliquent un accueil et des admissions rapides et bien encadrés, un appui aux besoins immédiats et permanents, y compris en matière de santé, une assistance aux institutions et communautés locales et nationales qui reçoivent les réfugiés, ainsi que des opportunités élargies de solution.

Dans le cadre du Pacte mondial, l'appui du HCR aux services de santé publique variera en fonction du contexte et de la phase de déplacement, à savoir les situations d'urgence, de post-urgence et les situations prolongées.

Dans de nombreuses situations, les réfugiés auront accès aux services du ministère de la santé existants, qui peuvent être fournis gratuitement ou subventionnés, surtout au début d'une situation d'urgence. Si les réfugiés ne peuvent accéder à des services du ministère de la santé d'une qualité suffisante pour être efficaces en raison d'obstacles

tels que l'inaccessibilité géographique, des politiques nationales restrictives, des frais prohibitifs à la charge des utilisateurs ou une capacité de service insuffisante, alors des services supplémentaires peuvent être déployés par des partenaires opérationnels ou de mise en œuvre pour répondre aux besoins immédiats et permanents tandis que des solutions à moyen terme sont recherchées. Le HCR va également catalyser l'engagement d'autres partenaires à soutenir conjointement les services nationaux de soins de santé dans les zones d'accueil des réfugiés. Dans cette situation, le HCR évoluera davantage vers l'appui aux services nationaux, en particulier à mesure que la situation se stabilise.

Dans la plupart des situations, ces approches sont complémentaires lorsque les réfugiés peuvent avoir accès à certains services par l'intermédiaire du système national, tels que les soins de santé primaire, le Programme élargi de vaccination (PEV), la prise en charge de la tuberculose (TB) et du VIH, tandis que le HCR et d'autres partenaires peuvent appuyer d'autres services tels que les services de référence pour les soins secondaires, la santé mentale et le soutien psychosocial (SMSPS) ainsi que la violence basée sur le genre (VBG).

L'engagement du HCR à soutenir les activités de santé publique dans les situations de déplacement interne est limité et spécifique au contexte. En général, le HCR n'est pas impliqué dans la prestation directe de services de santé aux personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays (Internally Displaced Persons, IDP ou « déplacés internes »), sauf dans des situations mixtes impliquant des réfugiés et des personnes déplacées, où le soutien peut être étendu à ces populations et à leurs communautés d'accueil. Grâce à son engagement à travers les groupes sectoriels de protection, d'hébergement et de coordination des camps/de gestion des camps au niveau pays, le HCR peut contribuer à la défense de la santé et à la surveillance de l'accès aux services de santé et de nutrition, en particulier pour les personnes présentant des risques accrus en matière de protection, y compris les victimes de violences basées sur le genre (VBG), les personnes handicapées, les personnes souffrant de graves problèmes de santé mentale, les personnes vivant avec le VIH et les personnes LGBTIQ+. Au niveau mondial, le HCR peut contribuer à l'élaboration d'orientations techniques interorganisations pour les populations dans des contextes humanitaires. La description des différentes activités relevant des objectifs spécifiques doit être lue conformément à ce qui précède.

Le HCR préconise l'accès universel aux soins de santé pour les populations apatrides et rapatriées. Dans certains contextes, il peut étendre la prestation de services de santé à ces populations également.

L'accès aux services de santé est essentiel, mais en soi insuffisant pour assurer la bonne santé et le bien-être. Il est tout aussi important de prendre des mesures préventives et d'aborder les déterminants sociaux - y compris le genre - de la santé, ainsi que les impacts du changement climatique sur la santé.

<sup>5</sup> [Commentaire général du CESCR n°14 : Droit au meilleur état de santé possible \(art. 12\)](#)

CESCR (Comité des droits économiques, sociaux et culturels). 2000. ). 11 août. Doc. E/C.12/2000/4

<sup>6</sup> y compris le droit international des réfugiés ; le droit international humanitaire ; le droit des droits de l'homme

<sup>7</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>

Les cheminements par lesquels les déterminants sociaux impactent la santé mentale et physique sont complexes et varient d'une population à l'autre. La collaboration entre les secteurs est d'une importance capitale pour réduire les inégalités en matière de santé et promouvoir la bonne santé. Par conséquent, la sécurité alimentaire, l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, les infrastructures de logement et d'installation adéquates, la cuisine propre, le développement de la sécurité économique, l'atténuation de l'impact du changement climatique et l'accès à l'éducation contribuent également aux meilleures conditions socio-économiques, culturelles et environnementales pour promouvoir la santé, éviter l'apparition de maladies et la surcharge des services de santé.

## APPROCHES STRATÉGIQUES

Pour réaliser les objectifs de cette stratégie et conformément au Plan d'action mondial visant à promouvoir la santé des réfugiés et des migrants, les approches stratégiques suivantes seront appliquées : 1) Intégration et inclusion dans les systèmes nationaux 2) Travailler en partenariat 3) Renforcement des capacités et soutien 4) Information stratégique sur la santé et 5) Approches multisectorielles de la santé.

### 1) Intégration et inclusion dans les systèmes nationaux

- L'intégration désigne l'accès aux systèmes et services de santé nationaux pour les réfugiés et/ou autres populations relevant de la compétence du HCR aux mêmes conditions que pour les ressortissants nationaux.
- L'inclusion fait référence à l'inclusion des réfugiés et/ou autres populations relevant de la compétence du HCR dans toute leur diversité et de manière non discriminatoire dans les politiques, stratégies et plans nationaux de santé, en tenant compte des populations relevant de la compétence du HCR, le cas échéant.

Même si les réfugiés sont totalement ou partiellement inclus dans les politiques, stratégies et systèmes nationaux de santé, ils peuvent encore être empêchés par des obstacles financiers, administratifs, géographiques, linguistiques, liés au genre et sociaux pour accéder aux services. En outre, les services nationaux peuvent manquer de capacités et être sous-financés et incapables de répondre aux besoins de la population d'accueil (avant même que soit posée la question des besoins supplémentaires des réfugiés).

Le GCR soutient l'inclusion des réfugiés dans les politiques, stratégies et plans nationaux, ainsi que leur intégration dans les systèmes nationaux, tout en soulignant l'importance de l'appui à ces systèmes. Dans cette stratégie globale de santé publique, le HCR explique comment travailler avec et par l'intermédiaire des services nationaux pour favoriser l'inclusion et l'intégration des

réfugiés, tout en veillant à ce que les besoins immédiats et permanents soient satisfaits. Travailler avec les systèmes de santé nationaux, y compris avec des partenaires comme l'OMS, pour répondre aux besoins des réfugiés et des communautés d'accueil touchées a toujours fait partie de l'approche du HCR en matière de santé, mais avec de plus en plus de réfugiés vivant en dehors des camps, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire, la nécessité de rechercher l'intégration et l'inclusion est de plus en plus pertinente.

### INCLUSION ET INTÉGRATION

L'inclusion et l'intégration ne sont pas des concepts binaires et comportent différents degrés :

- Pas d'inclusion ni d'intégration du tout (aucune référence spécifique aux réfugiés dans les documents de politique générale pertinents ou ces documents sur l'exclusion des réfugiés et, par conséquent, sur la nécessité de disposer d'établissements sanitaires séparés et de ne pas fournir de produits, y compris pour la tuberculose, le VIH, les contraceptifs et les vaccins soutenus par le système national) ; ou les réfugiés doivent payer les mêmes tarifs que les ressortissants étrangers (généralement inabordable) pour accéder aux services ou aux services d'urgence uniquement.
- Inclusion partielle (inclusion dans certaines politiques, stratégies et services nationaux comme la tuberculose, le VIH, le paludisme, le PEV, et un certain accès à des services nationaux comme ceux réservés aux enfants de moins de cinq ans ou aux femmes enceintes).
- Inclusion complète avec mention explicite des réfugiés dans les politiques nationales et accès complet aux services nationaux fournis par l'intermédiaire du ministère de la santé, y compris les soins primaires, secondaires et tertiaires et tous les coûts associés, au même titre que les ressortissants du pays d'accueil, ET ces services sont en mesure de répondre aux besoins des réfugiés et des communautés d'accueil avec ou sans soutien supplémentaire.

### 2) Travailler en partenariat

Le HCR continuera d'identifier, de développer et d'entretenir des partenariats stratégiques clés pour assurer une capacité d'intervention d'urgence coordonnée et l'engagement soutenu des acteurs concernés pour la réalisation des objectifs du GCR. Le HCR jouera un rôle rassembleur et moteur fondé sur l'identification des besoins, en tirant parti des partenaires présentant un avantage comparatif afin d'élaborer conjointement des approches visant à répondre aux besoins en matière de santé et de nutrition des réfugiés.

Pour ce faire, le HCR travaillera en partenariat avec les ministères de la santé et galvanisera l'engagement des agences partenaires des Nations Unies, en particulier l'OMS mais aussi l'UNICEF, le PAM, le FNUAP, l'OIT, le PNUD, l'OIM et ONUSIDA. Le HCR est co-parrain de ONUSIDA et continuera de s'engager dans la promotion et la mise en œuvre de la nouvelle *Stratégie mondiale de*



*lutte contre le SIDA 2021-2026 : Mettre fin aux inégalités, mettre fin au SIDA*<sup>8</sup> en sorte que les réfugiés et les autres populations relevant de la compétence du HCR ne soient pas exclus de la progression vers l'élimination du SIDA en tant que menace pour la santé publique d'ici 2030.

Les partenariats avec les organisations nationales et internationales de la société civile, pour soutenir la prestation de services et développer conjointement des stratégies et des approches, sont essentiels au travail du HCR dans le domaine de la santé publique. Compte tenu des engagements du HCR au titre du Grand Bargain, le HCR s'efforcera d'élargir les partenariats avec les organisations nationales de la société civile, qui constituent déjà 63 % de ses partenaires en matière de santé et de nutrition, ainsi qu'avec des institutions nationales telles que les institutions académiques, la société civile et les acteurs du secteur privé.

Il est également essentiel d'approfondir les partenariats existants et d'établir de nouveaux partenariats avec les banques de développement et les institutions de financement, les fondations privées et les donateurs bilatéraux. Le HCR continuera de renforcer et d'élargir ses partenariats avec les principaux acteurs du développement de la santé, notamment le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme ainsi que Gavi, l'Alliance du vaccin, et continuera de s'engager dans le Plan d'action mondial pour la lutte contre l'émaciation chez les enfants, un cadre d'action pour accélérer les progrès dans la prévention et la prise en charge de l'émaciation des enfants et la réalisation des Objectifs de développement durable.

Il est important de renforcer les partenariats avec les universités pour développer davantage la base documentaire sur l'inclusion et l'intégration des réfugiés et, le cas échéant, sur d'autres populations relevant de la compétence du HCR, dans les systèmes de santé nationaux et pour aider à identifier et à adapter des approches novatrices, rentables et adaptées au contexte afin d'améliorer les résultats en matière de santé et de nutrition. Les partenariats avec les institutions universitaires nationales seront particulièrement recherchés pour favoriser le renforcement des capacités nationales et promouvoir la crédibilité et la volonté politique.

Enfin, et surtout, le HCR reconnaît que les réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence sont des partenaires clés concernant les réponses et renforcera l'engagement auprès des communautés afin de s'assurer que les réponses soient pertinentes, appropriées et inclusives.

### 3) Renforcement des capacités du HCR, des partenaires, des réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence

Le HCR s'efforcera de fournir et de promouvoir des opportunités pour le personnel de santé publique et de nutrition, le personnel du ministère de la santé, le personnel partenaire, les réfugiés et, le cas échéant, d'autres personnes soucieuses de renforcer leurs capacités en matière de programmes de santé et de nutrition. L'échange de connaissances sera renforcé pour le personnel aux niveaux national, régional et mondial grâce à une communauté de pratique efficace et à l'élargissement des opportunités internes et externes de formation à l'aide de différents formats. Conformément à l'agenda de localisation, une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités des partenaires nationaux dans les domaines prioritaires convenus conjointement. Les approches renforcées seront basées sur les retours d'information consécutifs aux évaluations des besoins en matière de renforcement des capacités, aux expériences sur le terrain avec diverses approches de renforcement des capacités ainsi qu'aux résultats des évaluations. L'efficacité des différentes approches fera l'objet d'un suivi. La gestion des connaissances sera renforcée pour mieux documenter, discuter et diffuser l'expérience sur le terrain, les bonnes pratiques, les difficultés et les connaissances afin d'assurer l'apprentissage individuel et organisationnel et leur application.

### 4) Informations stratégiques sur la santé

La disponibilité de données fiables sur l'accès à la santé et à la nutrition, l'utilisation, la couverture et la qualité des services ainsi que sur l'état de santé et de nutrition est fondamentale pour contrôler la qualité et l'efficacité des programmes et renforcer la responsabilité conformément au système de gestion axée sur les résultats du HCR. Les programmes de santé publique et de nutrition du HCR seront appuyés par la collecte, l'analyse et l'utilisation stratégiques des données pour assurer le suivi des résultats en matière de santé et de nutrition ainsi que l'opérationnalisation du Pacte mondial.

Le HCR renforcera les interventions dans le cadre des programmes de santé et de nutrition, l'obligation de rendre compte et l'apprentissage en améliorant la disponibilité, la qualité et l'utilisation des données sur les réfugiés en dehors des camps, notamment par l'intégration dans les systèmes nationaux de collecte de données et l'utilisation accrue des Enquêtes sur l'accès aux services de santé et leur utilisation (Health Access and Utilisation Surveys, HAUS), ainsi que l'inclusion d'indicateurs clés de santé dans les enquêtes multisectorielles à l'appui du suivi des indicateurs de base d'une gestion axée sur les résultats (RBM). Conformément au Pacte mondial, le HCR favorisera également l'inclusion des réfugiés dans les enquêtes nationales sur la santé et la nutrition, y compris la ventilation des résultats par statut de réfugié ou de nationalité, les systèmes d'enregistrement d'état civil et les systèmes nationaux d'information sanitaire, comme le logiciel d'information sanitaire de district (District Health Information Software, DHIS 2), ainsi que la promotion de l'interopérabilité entre le Système d'information sanitaire du HCR et DHIS 2 dans la mesure du possible.

<sup>8</sup> <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>

Le HCR suivra aussi, et systématiquement, le degré d'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux au moyen d'outils standardisés. L'analyse de la situation des opérations par pays et les examens annuels des plans de mise en œuvre envisagés dans le nouveau modèle de Gestion axée sur les résultats (RBM) contribueront à l'évaluation et au suivi de l'accès efficace aux services de santé.

Une attention accrue sera accordée à l'établissement de liens entre les données des programmes de santé et les coûts, ainsi qu'à l'élargissement de la base de données sur le rapport coût-efficacité et l'optimisation des ressources dans les situations de réfugiés. Lors de la définition d'indicateurs et de cibles, le HCR les harmonisera de plus en plus, dans le cadre d'opérations non urgentes, autour des ODD et vers les cibles de 2030, conformément à la gestion axée sur les résultats (RBM), combinée à la mesure des indicateurs pour la CSU 2030, un principe de l'Agenda 2030.

## 5) Approches multisectorielles de la santé

La bonne santé et le bien-être ne peuvent être obtenus uniquement en multipliant les interventions dans le secteur de la santé. Une proportion importante du fardeau de la maladie est liée aux déterminants sociaux de la santé : les conditions dans lesquelles les gens sont nés, grandissent, travaillent, jouent, vivent, vieillissent et meurent. Modifier les déterminants sociaux, environnementaux et économiques de la santé nécessite des approches multisectorielles, ancrées dans la perspective des droits de l'homme. Par conséquent, l'action multisectorielle est au cœur de l'agenda des ODD, considérant que la santé des personnes est influencée par le niveau de revenu, le logement, les conditions de vie, les différences entre les sexes, le statut éducatif et d'autres déterminants sociaux.<sup>9</sup> La plupart des ODD contribuent d'une manière ou d'une autre à la santé et au bien-être. Pour les populations relevant de la compétence du HCR, bon nombre de ces déterminants sociaux de la santé sont particulièrement importants, par exemple les possibilités d'éducation - en particulier des femmes et des filles -, l'égalité des sexes, la pauvreté et la protection contre les risques financiers, la sûreté et la sécurité, la nutrition et la sécurité alimentaire tout au long du cycle de vie, l'eau, l'assainissement et l'accès à l'énergie ainsi que les conditions de logement et d'installation.

Une action multisectorielle est donc essentielle pour atteindre les objectifs de cette stratégie. Le personnel et les partenaires du HCR poursuivront une étroite collaboration multisectorielle aux niveaux mondial, régional et national afin de renforcer les actions collaboratives dans des domaines d'activité qui ont des liens clairs avec les résultats en matière de santé et/ou de nutrition.

<sup>9</sup> La Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires (1978), la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé (2011), la Déclaration d'Helsinki sur la santé dans toutes les politiques (2013) et la Déclaration de Shanghai sur la promotion de la santé dans l'Agenda 2030 pour le développement durable (2016) fournissent des conseils utiles sur une réponse intégrée.

# OBJECTIF STRATÉGIQUE 1

**Soutenir, suivre et promouvoir l'accès des réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR aux services de santé et de nutrition essentiels, d'une qualité suffisante pour être efficaces tout au long du cycle de déplacement**

Au cours de toutes les phases de déplacement, le HCR vise à garantir un accès équitable à des soins de santé de qualité et essentiels, y compris des soins pour la promotion de la santé, préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs. Cela comprend le maintien et le renforcement des capacités opérationnelles de prestation de services de santé par les systèmes de santé nationaux, dans la mesure du possible, y compris au niveau infra-national et en collaboration avec des organisations nationales et internationales, dont l'OMS.

## Résultat 1 : Une riposte adéquate en matière de santé et de nutrition dans les situations d'urgence concernant les réfugiés, y compris en cas d'épidémie

Les interventions en matière de santé et de nutrition dans les situations d'urgence concernant les réfugiés, y compris les épidémies, visent la prévention de l'excès de morbidité, de mortalité, de souffrance et de handicaps résultant directement de l'urgence ainsi que de l'absence ou de la déficience des services de soins de santé essentiels. Alors que les pays d'accueil ont pour responsabilité première de fournir des services de santé et de nutrition aux réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR, dans de nombreuses situations ils auront besoin du soutien de celui-ci, de l'OMS et d'autres acteurs. La portée de la réponse dépendra de plusieurs facteurs : le type et la phase de la crise ; le nombre de personnes touchées ; les niveaux et les tendances préexistants de morbidité, de mortalité, d'état nutritionnel et de vulnérabilité ainsi que la capacité des services nationaux à répondre aux besoins de la population touchée sans nuire à la communauté d'accueil.

La mise en œuvre de mesures de santé publique pertinentes en préparation et en riposte aux urgences humanitaires est primordiale. Les urgences concernant les réfugiés soulignent l'importance de l'exactitude du niveau des capacités de préparation et de riposte, notamment la coordination efficace et soutenue avec les autorités et partenaires nationaux, la formation adéquate du personnel de santé, la surveillance efficace, des mécanismes permettant d'accéder rapidement aux médicaments et aux fournitures médicales et le rôle crucial des réfugiés, des autres populations relevant de la compétence du HCR et des communautés d'accueil environnantes dans la riposte, ainsi que la garantie de leur inclusion dans les plans nationaux.



© HCR/Tobin Jones  
Rwanda. Le premier groupe d'évacués de Libye arrive à Gashora

Les normes Sphère et les seuils de mortalité et de nutrition généralement acceptés en situation d'urgence sont essentiels au suivi de la riposte. Une fois la situation stabilisée, les objectifs des programmes de santé seront guidés par les normes nationales, en même temps qu'ils seront progressivement harmonisés en fonction des ODD et des objectifs de l'Agenda 2030, combinés à des indicateurs de mesure pour la CSU 2030. Il est important que chaque intervention de santé publique se compose d'un ensemble d'actions, de décisions et d'interventions en temps opportun de sorte que les mesures pertinentes soient prises dans les différentes phases d'une urgence humanitaire. La Trousse à outils du HCR pour les situations d'urgence de santé publique<sup>10</sup> fournit des conseils et des outils qui peuvent être adaptés à différents contextes.

#### Mesures de facilitation

- Renforcer les composantes santé et nutrition de la planification d'urgence multisectorielle et de la préparation aux situations d'urgence aux niveaux mondial, régional et national.
- Effectuer une évaluation conjointe des besoins en santé publique et nutritionnelle au début d'une situation d'urgence afin d'orienter les mesures clés et en temps opportun prises par les intervenants concernés.
- Assurer la coordination et le partenariat avec les gouvernements, les organisations internationales et nationales, la société civile et les organisations professionnelles ainsi que d'autres mécanismes de coordination sectorielle tout au long de la riposte.
- Au début d'une situation d'urgence, se concentrer sur la prestation d'un premier paquet de services essentiels de santé et de nutrition et en élargir progressivement le champ d'application.
- Tenir compte de la situation socio-économique, du logement et des conditions de vie, de la capacité de satisfaire les besoins de base et de la structure des dépenses. Se référer aux évaluations de vulnérabilité et de faisabilité de trésorerie existantes dans l'opération.
- Mettre en œuvre et promouvoir une coordination efficace autour du Dispositif minimum d'urgence (DMU) pour la santé sexuelle et reproductive et son élargissement à des services complets dès que possible.
- Obtenir un impact maximal sur la population en utilisant des interventions en matière de santé et de nutrition connues et fondées sur des données probantes, en fonction du profil épidémiologique, des risques de maladie et des vulnérabilités.
- L'accès aux soins de santé devrait être gratuit dans les situations d'urgence. Si les politiques nationales exigent le paiement de frais d'utilisation, préconiser qu'ils soient abordables et comparables à ceux payés par les ressortissants nationaux, et tenir compte de la nécessité d'une allocation en espèces pour faciliter l'accès aux services de santé, conformément aux [directives sur l'utilisation de l'argent liquide pour soutenir l'accès aux services de santé](#).
- Dans le cadre de la préparation aux situations d'urgence, faciliter les politiques qui appuient l'entrée rapide des médicaments d'urgence, des fournitures médicales et du matériel médical dans le pays.
- Soutenir la transition des mesures d'intervention d'urgence prioritaires vers des services de santé complets.
- Contrôler l'efficacité et la pertinence des activités d'intervention d'urgence à l'aide de la Trousse à outils du HCR pour les situations d'urgence de santé publique.

<sup>10</sup> <https://emergency.unhcr.org/entry/526020/sectoral-coordination-toolkit-public-health-in-emergencies-toolkit#2,1620658380362>

## SERVICES ESSENTIELS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRE

- Prise en charge des affections aiguës et des maladies transmissibles
- Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME), y compris le paludisme, la pneumonie, la diarrhée, les carences en micronutriments, dont la vitamine A et le zinc
- Prise en charge intégrée des maladies non transmissibles (MNT) les plus courantes
- Services essentiels de santé mentale et de soutien psychosocial (SMSPS) comme dans le programme d'action « Comblar les lacunes en santé mentale » (Mental Health Gap Action Program, mhGAP)
- Services préventifs et pour la promotion de la santé comme la vaccination, la supplémentation en micronutriments, les mesures de lutte antivectorielle, y compris les moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) lorsque cela est nécessaire pour la prévention du paludisme et d'autres maladies transmissibles par des vecteurs
- Services de santé sexuelle et reproductive comme les soins prénatals et postnatals, les services contraceptifs, le personnel qualifié pour les accouchements fournissant des soins essentiels aux mères et aux nouveau-nés, l'accès en temps opportun aux soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONU-B) et complets (SONU-C) et aux soins aux nouveau-nés malades et petits
- Services de réadaptation, y compris l'accès aux appareils d'assistance
- Prévention du VIH et de la tuberculose, conseil, dépistage, traitement et soins et services de prise en charge de l'hépatite virale, y compris l'inclusion dans les programmes nationaux de vaccination et de traitement
- Gestion clinique et santé mentale et soutien psychosocial des victimes de violences basées sur le genre, y compris les violences entre partenaires intimes
- Prévention de toutes les formes de malnutrition à l'aide d'activités d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) de la conception à l'âge de 2 ans, comme le conseil et la promotion de l'allaitement recommandé et des pratiques d'alimentation complémentaires, les groupes de soutien des mères et des pères et les démonstrations culinaires
- L'identification et le traitement de la malnutrition aiguë intégrant l'approche de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA) par le biais de la plate-forme de soins de santé primaires (SSP) pour les enfants de moins de 5 ans, l'approche périmètre brachial (PB) familial pour l'identification des cas et la fourniture d'une alimentation complémentaire pour les femmes enceintes et allaitantes souffrant de malnutrition et les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose, ainsi que des carences en micronutriments comme l'anémie, le scorbut, le béribéri ou la pellagre

## Résultat 2 : L'accès aux soins de santé primaires essentiels est préservé

Un accès significatif à des prestations liées à la promotion de la santé, aux soins préventifs, curatifs, préventifs, curatifs, de réadaptation et palliatifs dans le cadre d'une approche axée sur les soins de santé primaire pour les femmes, les filles, les hommes et les garçons devrait être axé sur les besoins et adaptés aux besoins spécifiques des personnes de tous les groupes d'âge, y compris les personnes handicapées, les adolescents, les personnes LGBTIQ+, les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, et indépendamment de l'origine ethnique, de la religion, de l'appartenance linguistique ou politique.



### Mesures de facilitation

Tous les programmes de santé publique soutenus par le HCR concernant les réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence sont fondés sur les principes des SSP, une approche centrée sur les personnes plutôt que sur les maladies, une approche globale de la société, la fourniture de soins au sein de la communauté ainsi qu'à travers la communauté, la satisfaction des besoins individuels, familiaux et communautaires en matière de santé et la santé de la population, par le biais d'approches de santé publique.<sup>11</sup>

- Lorsque les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR accèdent aux services nationaux, préconiser qu'ils aient accès aux services et à des paquets de services de soins de santé primaire et de nutrition essentiels à un niveau similaire à celui dont bénéficient les communautés d'accueil.
- Chaque fois qu'il est disponible et accessible, prioriser l'accès à la prestation de services de santé nationaux et le soutien par préférence à la mise en place de services supplémentaires.
- Le HCR évaluera attentivement le rôle potentiel de l'allocation en espèces comme l'une des interventions disponibles pour répondre aux besoins en matière de santé et de nutrition, conformément aux principes exposés dans le document « [Rôle de l'allocation en espèces dans le financement de l'accès aux soins de santé pour les réfugiés et pour les autres personnes relevant de la compétence](#) » et à la politique du HCR en matière d'allocation en espèces 2021-2026. Ce faisant, le HCR devrait hiérarchiser l'aide aux personnes qui en ont le plus besoin en fonction de critères de vulnérabilité propres à chaque pays et assurer un suivi.
- Les services de santé nationaux dans les zones d'accueil des réfugiés doivent être soutenus de manière adéquate, y compris avec les équipements, les médicaments et les fournitures médicales, les ressources humaines, la réadaptation, la construction ou l'extension et l'approvisionnement en eau, l'assainissement et les sources d'énergie adéquates.
- Faciliter le recrutement et l'utilisation de réfugiés qualifiés dans la prestation de services de santé, conformément aux normes nationales.

<sup>11</sup> <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>

- Une gestion adéquate de la pharmacie par un personnel adéquatement formé et qualifié ; outils de gestion des stocks ; rapports périodiques complets de contrôle des stocks, de la consommation et de la distribution ; dispositions d'entreposage suffisantes ; utilisation rationnelle et approvisionnement en temps opportun des médicaments.
- La qualité des prestations de service de santé doit être encouragée par le suivi régulier de l'utilisation de ces services et d'indicateurs de résultats à l'aide d'un système d'information sur la santé (iRHIS ou système national).
- Améliorer les services d'eau, d'hygiène et d'assainissement (EHA), l'accès à l'électricité et la prévention des infections ainsi que le contrôle dans les établissements de santé en tant que composante essentielle de la prestation de services de qualité.
- Lorsque le HCR soutient la prestation directe de services, le Tableau de bord prospectif peut être utilisé en collaboration avec les partenaires pour contrôler les niveaux minimums de dotation en personnel ; la formation et les compétences du personnel ; la disponibilité de médicaments et d'équipements essentiels ; les infrastructures de base telles que l'eau, l'électricité, l'assainissement, la gestion des déchets solides dangereux et l'hygiène, ainsi que l'utilisation de lignes directrices et de protocoles cliniques conformes aux normes nationales ou internationales de meilleures pratiques.

### Résultat 3 : Accès à des services de santé complets, soutenu par un mécanisme de référence fonctionnelle

Des services de référence fonctionnelle et en temps opportun sont essentiels pour assurer l'accès aux soins médicaux et chirurgicaux pertinents au-delà des soins de santé primaire. Bien que l'approche des soins de santé primaire soit au cœur de toutes les interventions, l'accès aux soins de santé secondaires et tertiaires est également important. Le coût, la disponibilité et la qualité des services, ainsi que l'accès en temps opportun aux traitements, sont des facteurs clés de la prise de décisions pour les références. Il est recommandé de faire intervenir des comités de référence pour faciliter un processus décisionnel objectif.

Le suivi des services de référence, y compris les coûts, est essentiel pour renforcer l'analyse des principales conditions de référence et pour effectuer des comparaisons pertinentes entre les entités qui assurent la référence. Des outils pour faciliter la mise en œuvre et le suivi des références médicales sont essentiels à l'efficacité des programmes de référence. L'utilisation appropriée et cohérente de la base de données de services de référence médicale du HCR, ou son équivalent, demeure essentielle pour contrôler les raisons de la référence, ses résultats et coûts connexes. Des contrôles devront être effectués régulièrement (au moins une fois par an).

### ☛ Mesures de facilitation

Les critères de référence sont guidés par des Procédures opérationnelles standards (SOP) au niveau du pays, avec des critères de décision clairs.

- Bien que l'accent continue d'être mis sur les soins d'urgence permettant de sauver des vies, de nombreuses procédures électives (non urgentes) sont efficaces en termes de coûts. Le HCR passera au-delà des services de référence des soins d'urgence et facilitera et favorisera l'accès à des services chirurgicaux électifs fondés sur les 44 procédures chirurgicales essentielles<sup>12</sup>, telles que la chirurgie de la cataracte (une cause majeure de cécité évitable), des chirurgies correctives orthopédiques (pour prévenir le handicap et l'incapacité liées à la mobilité) et d'autres procédures visant à réduire la probabilité de complications nécessitant des interventions d'urgence. Bien que les budgets de référence soient de plus en plus restreints, le HCR s'efforcera d'explorer d'autres options pour fournir ces soins, notamment en mobilisant d'autres partenaires, en facilitant la visite d'équipes chirurgicales au profit des réfugiés et des communautés d'accueil, en tenant à jour des listes de personnes qui ont besoin de ces services et en s'efforçant de prendre des dispositions dans le cadre du budget de référence de sorte que les procédures facultatives aident à réduire les délais.
- Les services liés au handicap, comme la fourniture d'appareils d'assistance, des services de physiothérapie et d'ergothérapie, devraient être reflétés dans les protocoles de référence au moyen de critères décisionnels clairs.
- Des outils pour faciliter la mise en œuvre et le suivi des références médicales devraient être mis à disposition et mis en œuvre, y compris l'utilisation de la base de données de référence médicale en ligne pour assurer le suivi des recommandations et en contrôler la pertinence et le coût.



© HCR/Stephanie Perham  
Ouganda. Lynda est technicienne de laboratoire et personne coordinatrice de la prévention et du contrôle des infections dans le camp de réfugiés de Kyaka II

<sup>12</sup> [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(15\)60160-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(15)60160-X.pdf)



© HCR/Olivier Jobard  
Soudan. Des Éthiopiens ont fui vers le Soudan pour s'y réfugier.

#### Résultat 4 : Les risques pour la santé atténués par le rapatriement volontaire et le soutien aux services de santé pendant la réintégration

Conformément à l'objectif du Pacte mondial visant à soutenir les conditions de retour dans les pays d'origine en sécurité et dans le respect de la dignité, l'accès et la continuité des soins de santé essentiels seront inclus comme l'un des éléments clés du processus de rapatriement afin d'assurer que la santé et l'état nutritionnel des rapatriés ne soient pas compromis à cette occasion.<sup>13</sup>

##### Mesures de facilitation

- Chercher à satisfaire les besoins de base en matière de santé et de nutrition des rapatriés en collaboration avec les partenaires pendant les trois phases de l'opération de rapatriement : pré-rapatriement, transport et réintégration.
- Planifier les mouvements de retour et anticiper les perturbations dans la prestation des services de santé ; développer des Procédures opérationnelles standards (POS) avec les autorités nationales et les partenaires afin d'assurer la continuité des services et de minimiser les risques affectant le retour. Cela inclura la vaccination pour les enfants et les femmes en âge de procréer, la continuité des traitements médicamenteux pour les personnes atteintes de maladies chroniques, y compris le VIH, la continuité de la fourniture de contraceptifs et un service de conseil concernant la prise en charge des femmes enceintes et des femmes qui viennent d'accoucher et de leurs nouveau-nés ainsi que de la tuberculose et des ménages dont des membres sont hospitalisés.
- Solliciter l'appui de l'OMS pour l'évaluation des risques d'épidémie et d'autres risques pour la santé publique avant les grands mouvements de retour, conformément au protocole d'accord.
- Plaider en faveur de l'accès aux services de santé publique et de nutrition dans les zones de retour, sachant que la qualité des services peut y être inférieure.

- Dans la mesure du possible, fournir un soutien à la réintégration qui facilitera l'accès aux services de santé en cas de besoin ; il peut s'agir d'un soutien temporaire en espèces.
- Chercher à renforcer les services nationaux dans les zones de retour, en collaboration avec les partenaires, dont l'OMS, afin de s'assurer que le système de santé soit en mesure de gérer les besoins supplémentaires des rapatriés et d'atténuer leur impact sur le système.
- Des mécanismes de partage d'informations médicales confidentielles avant, pendant et après le rapatriement devront être mis en place. Les personnes ayant des besoins de santé devraient faire l'objet d'un suivi qui leur garantisse l'accès aux services et aux soins de santé, y compris la poursuite de leur traitement.

#### CONFORMÉMENT AU PACTE MONDIAL, LE HCR RECOMMANDE :

- Inclure les réfugiés dans les plans, politiques et stratégies nationales de santé
- S'il est nécessaire de mettre en place des services supplémentaires pour les réfugiés, le faire en accord avec les systèmes nationaux, moyennant par exemple l'accréditation des établissements de santé, le détachement du personnel du système national, la supervision par le ministère de la santé ainsi que l'harmonisation des normes, des protocoles de traitement, etc.
- S'appuyer dès le début d'une riposte sur les donateurs pour le développement comme la Banque mondiale et les banques intergouvernementales régionales.
- Conformément aux ODD, encourager, et soutenir, les pays d'accueil à collecter et communiquer des données ventilées par réfugiés et ressortissants nationaux en relation avec les indicateurs clés dans le DHIS, les systèmes d'enregistrement de l'état civil, les enquêtes nationales telles que les enquêtes en grappes à indicateurs multiples (Multi-Indicator Cluster Surveys, MICS) et les enquêtes démographiques et sanitaires (EDS).

<sup>13</sup> <https://www.unhcr.org/4f7080349.pdf>

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 2

### Soutenir les systèmes de santé nationaux pour répondre aux besoins de santé des réfugiés, des demandeurs d'asile et des communautés d'accueil

Conformément à l'objectif du Pacte mondial d'alléger la pression sur les communautés d'accueil, le HCR coordonnera le soutien aux systèmes de santé nationaux.<sup>14</sup> Dans la mesure du possible, les réfugiés devront être inclus et intégrés dans les systèmes et services de santé nationaux, sachant qu'il pourrait être nécessaire de soutenir ces systèmes afin de renforcer leurs capacités de réponse aux besoins des réfugiés et des communautés d'accueil. Les réfugiés ont souvent des besoins différents en matière de soins de santé, comme ceux concernant la violence basée sur le genre, la SMSPS et l'accès à la vaccination. Mais l'objectif est de satisfaire ces besoins grâce à des réponses différenciées au sein d'un même système.

Travailler par l'intermédiaire de systèmes nationaux et les soutenir :

- Sera plus durable et, finalement, plus rentable, mais ce n'est pas gratuit ; la plupart des gouvernements auront besoin de ressources supplémentaires pour soutenir les exigences supplémentaires imposées au système national.
- Permettra de promouvoir la résilience nationale en soutenant les structures et systèmes déjà existants.
- Contribuera à promouvoir la coexistence pacifique tant au niveau national qu'au niveau local et retirer des avantages de la protection *si cela est bien fait*.
- Les gouvernements seront appuyés pour satisfaire les besoins de leur propre population et ceux des réfugiés avec une probabilité moindre de ressentiment face aux disparités perçues dans le niveau de prestation des services.
- Contribuera à la couverture sanitaire universelle (ODD 3) et éliminer la faim (ODD 2) tant pour les ressortissants que pour les réfugiés.
- Renforcera les soins préventifs de santé ainsi que la prévention et la réponse aux épidémies, y compris la COVID-19, car ceux-ci sont les plus efficaces lorsqu'ils sont mis en œuvre par le biais d'un système unique et inclusif.

Le HCR travaillera en étroite collaboration avec des partenaires, comme l'OMS, en vue de l'accès et de l'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux, dans la mesure du possible, et renforcera les partenariats avec les ministères de la santé.

**Des interventions d'urgence rapides et efficaces**, y compris au besoin la mise en place d'établissements supplémentaires, continueront d'être essentielles pour alléger le fardeau des communautés d'accueil et sauver des vies.

Le HCR établira et mettra à profit des partenariats stratégiques clés pour s'assurer que ce soutien, y compris un financement suffisant, soit fourni tôt dans la réponse et maintenu dans le temps. Les systèmes de santé de nombreux pays d'accueil des réfugiés doivent être renforcés, en particulier dans les régions éloignées où les réfugiés sont souvent hébergés. Ils peuvent avoir déjà lancé une réforme du secteur de la santé ou des plans de développement soutenus par des donateurs externes. L'application de ces mesures sera généralement trop lente pour répondre de manière adéquate aux urgences sanitaires et un soutien supplémentaire sera nécessaire, en particulier dès le début de l'intervention.



© HCR/Santiago Arcos Veintimilla  
Équateur. Les réfugiés et personnes âgées migrants vénézuéliens reçoivent le vaccin contre la Covid-19 avec le soutien du HCR

### Résultat 1 : Les politiques, plans et systèmes nationaux de santé répondent aux besoins en matière de santé des réfugiés

Le HCR travaillera par l'intermédiaire de systèmes nationaux et soutiendra le renforcement des systèmes de santé nationaux afin de répondre aux besoins des réfugiés et des communautés d'accueil. Lorsqu'il existe des lacunes en matière de capacité dans les systèmes nationaux, le HCR s'efforcera d'engager davantage d'autres acteurs pour l'aider à combler ces lacunes. Les principaux partenaires sont les ministères nationaux de la santé, les agences des Nations Unies, comme l'OMS, l'UNICEF, le FNUAP, ONUSIDA, les principaux donateurs bilatéraux, le Fonds mondial pour le VIH, la tuberculose et le paludisme, le Gavi et d'autres acteurs du développement tels que la Banque mondiale, la Banque africaine de développement et la Fondation Bill et Melinda Gates.

<sup>14</sup> <https://www.unhcr.org/publications/brochures/5fb3ad4d4/public-health-nutrition-operationalizing-global-compact-refugees-comprehensive.html>

Le HCR cherchera à inclure les réfugiés dans des politiques et règlements nationaux, à les intégrer dans des plans et des systèmes, à condition que ceux-ci soient de qualité suffisante pour être efficaces. L'inclusion et l'intégration complètes dans les systèmes nationaux sont une procédure complexe, divisée en phases multiples ; elles nécessitent l'engagement et le soutien politique et ceux des donateurs. L'inclusion et l'intégration devront généralement se faire de manière progressive, en fonction du contexte et conformément à une approche à moyen et long terme. Les réfugiés sont généralement bien inclus dans les programmes verticaux de lutte contre la tuberculose, le VIH, le paludisme et de vaccination, qui sont souvent soutenus par des donateurs clés et comprennent des dispositions visant à fournir un soutien supplémentaire aux réfugiés.

Afin de favoriser l'inclusion et l'intégration dans les systèmes de santé nationaux, il convient d'envisager que le HCR coordonne l'élaboration de plans pluriannuels à moyen et à long terme par pays, en collaboration avec les ministères de la santé, les ministères des finances, l'OMS, l'OIT, l'UNICEF, l'OIM et les donateurs pour le développement, y compris la Banque mondiale (Annexe 1). L'objectif devrait consister à favoriser une plus grande inclusion et, dans la mesure du possible, une intégration durable. Ce plan pluriannuel à l'échelle nationale devrait comporter des jalons périodiques (par exemple semestriels ou annuels) visant à l'inclusion des réfugiés et à l'intégration des services avec les contributions convenues d'autres acteurs. Celles-ci devraient être recalibrées chaque année sur la base de l'examen par le gouvernement des différents organismes concernés.

Les agents de développement et/ou de partenariat travailleront en étroite collaboration avec les agents de santé publique au niveau régional et national pour inclure les réfugiés et, le cas échéant, d'autres personnes relevant de la compétence du HCR dans les plans et initiatives nationaux de développement de la Banque mondiale, d'autres banques multilatérales de développement et des donateurs pour le développement. Il s'agira notamment de contextes dans lesquels le financement vise à inclure les populations relevant de la compétence du HCR, comme le Guichet de la Banque mondiale pour les communautés d'accueil et les réfugiés ou le Mécanisme mondial de financement concessionnel.



#### **Mesures de facilitation**

- Au cours de la phase de préparation, évaluer la capacité du système de santé national/local, et son degré de préparation, à inclure les réfugiés ; pour cela, prendre en compte des considérations relatives à l'impact attendu d'un afflux de réfugiés.
- Au cours des phases de préparation et d'intervention, préconiser et coordonner le renforcement des systèmes de santé nationaux dans les zones prévues d'accueil de réfugiés par l'intermédiaire de partenaires des Nations Unies, d'agences de développement et d'agences bilatérales de soutien.
- Évaluer la nécessité d'un soutien à court et moyen terme dès le début des actions de préparation et en réaction aux déplacements, afin de soutenir la capacité du système de santé à répondre aux besoins des réfugiés et des communautés d'accueil. Ce soutien peut inclure, sans s'y limiter, les médicaments, les fournitures et l'équipement, le personnel et les activités de renforcement des capacités.
- Dès le début du déplacement et tout au long de l'intervention, évaluer dans quelle mesure les besoins en matière de santé des réfugiés et des communautés d'accueil sont satisfaits conformément aux objectifs d'une intervention d'urgence sanitaire.
- Identifier les obstacles à l'inclusion des réfugiés dans les systèmes nationaux et l'accès à ces systèmes, y compris leur capacité géographique, politique, financière et autre.
- Catalyser et coordonner l'élaboration de plans d'appui à moyen et long terme aux systèmes de santé nationaux afin d'y faciliter l'inclusion accrue des réfugiés, avec des jalons convenus, revus conjointement au moins une fois par an et recalibrés au besoin. Ceux-ci constituent un complément des stratégies pluriannuelles des pays.

## **Résultat 2 : Le financement de l'inclusion des réfugiés et de leur intégration dans des systèmes de santé établis**

L'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux nécessite généralement un financement supplémentaire qui peut être soutenu par des acteurs humanitaires à court et à moyen terme, mais elle nécessite des mécanismes de financement à moyen et à long terme dans une perspective de durabilité. Les gouvernements de nombreux pays d'accueil, qui ne disposeront pas de ressources nationales à cet effet, auront besoin d'un soutien des donateurs pour le développement, y compris l'utilisation de mécanismes de financement mis en commun auxquels des donateurs multiples peuvent contribuer. Le HCR et ses partenaires, comme l'OMS, devront examiner différents mécanismes de financement visant à soutenir les services proposés aux communautés d'accueil et aux réfugiés en fonction du contexte national. De nombreux pays travaillent en faveur de la CSU par le biais de différents mécanismes. Compte tenu de la diversité des contextes et des différences relatives aux capacités et aux politiques des systèmes de santé à l'égard des réfugiés, de l'ampleur de l'appui des donateurs et des progrès réalisés vers la mise en place de la CSU, une analyse rigoureuse par pays est nécessaire pour déterminer les options à moyen et à long terme.

Des outils sont disponibles pour aider les pays à évaluer les options de financement de l'inclusion dans les régimes nationaux de protection sociale de la santé, y compris l'assurance maladie.<sup>15</sup> Les systèmes de santé nationaux peuvent également être financés par des recettes fiscales, et les options de financement pour les réfugiés dans ces contextes devront être étudiées dans un plus grand détail au niveau national.

<sup>15</sup> [Manuel sur la protection sociale de la santé pour les réfugiés : Approches, leçons apprises et outils pratiques pour évaluer les options de couverture](#)





© HCR/Ali Zarghani  
Iran. L'assurance santé Salamat apporte soin et confort

#### QU'EST-CE QUE LA COUVERTURE SANITAIRE UNIVERSELLE :

- La CSU ne signifie pas que tous les services de santé sont gratuits, mais qu'ils sont abordables.
- La CSU ne concerne pas seulement le financement de la santé, mais aussi toutes les composantes du système de santé visant à améliorer la couverture et les résultats des services de santé, c'est-à-dire les systèmes de prestation des services de santé, les personnels de santé, les établissements de santé et les réseaux de communication, les technologies de santé, les systèmes d'information, les mécanismes d'assurance de qualité, la gouvernance et la législation.
- La CSU ne consiste pas seulement à assurer un minimum de services de santé, mais aussi l'extension progressive de leur couverture et de la protection financière à mesure que de nouvelles ressources seront disponibles.
- La CSU n'est pas l'assurance maladie. L'assurance maladie est l'un des mécanismes de mutualisation des risques et d'accès aux services de santé comportant une protection contre les dépenses de santé importantes.
- La CSU ne concerne pas seulement les services de traitement individuels, mais elle comprend également les services axés sur la population, tels que les campagnes et les actions de santé publique, par exemple le contrôle des zones de reproduction des moustiques.

#### Couverture sanitaire universelle

La couverture sanitaire universelle est définie par l'OMS comme l'accès égal de tous aux services de santé nécessaires (y compris la prévention, la promotion, le traitement, la réadaptation et les soins palliatifs) d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans que l'utilisation de ces services expose l'utilisateur à des difficultés financières.<sup>16</sup>

Travailler à la mise en place de la CSU a pour condition essentielle de renforcer les systèmes de santé nationaux et de créer des structures de financement solides. La mise en commun de fonds à partir de sources obligatoires telles que les cotisations d'assurance obligatoire est l'une des façons de répartir les risques financiers de la maladie à l'échelle de la population.

Prendre des mesures en vue de la mise en place de la CSU signifie progresser vers l'équité, les priorités de développement, l'inclusion sociale et la cohésion.

Les progrès réalisés vers la mise en place de la CSU peuvent être mesurés en évaluant la proportion d'une population qui peut accéder à des services de santé de qualité essentiels (ODD 3.8.1)<sup>17</sup> et la proportion des foyers qui consacrent une grande partie de leur revenu à des dépenses de santé (indicateur 3.8.2 des ODD).

<sup>16</sup> [https://www.who.int/healthsystems/universal\\_health\\_coverage/en/](https://www.who.int/healthsystems/universal_health_coverage/en/)

<sup>17</sup> L'indicateur d'ODD 3.8.1 mesure la couverture des services de santé essentiels en fonction d'une moyenne de 16 indicateurs traceurs de la couverture des services de santé. Les indicateurs traceurs sont organisés en fonction de quatre composantes de la couverture des services : 1. Santé reproductive, maternelle, des nouveau-nés et des enfants 2. Maladies infectieuses 3. Maladies non transmissibles et 4. Capacité de service et accès.



### Mesures de facilitation

- Évaluer et comprendre les mécanismes de financement du système national de santé et le financement de la CSU.
- Veiller à ce que les réfugiés et, le cas échéant, d'autres populations relevant de la compétence du HCR soient inclus dans les développements nationaux visant la CSU.
- Évaluer les possibilités d'inclusion des réfugiés dans les régimes nationaux de protection sociale de la santé, le cas échéant, comme l'assurance maladie nationale.
- Évaluer la capacité des réfugiés et, le cas échéant, d'autres populations relevant de la compétence du HCR à contribuer à leurs coûts de soins de santé par le biais de contributions aux régimes nationaux, s'ils existent, au même titre que les ressortissants nationaux ayant un statut socio-économique similaire.
- Coordonner l'appui à un financement supplémentaire pour l'inclusion des réfugiés par l'intermédiaire du donateur et/ou du soutien de l'agence de développement si la capacité nationale n'est pas possible.

### Résultat 3 : L'inclusion des réfugiés dans les politiques, plans et services nationaux de santé est suivie

Les progrès vers l'inclusion ainsi que le degré d'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux doivent faire l'objet d'un suivi. Lorsque les réfugiés bénéficient d'une inclusion totale ou partielle dans les systèmes nationaux, un contrôle de l'accès et de l'utilisation des services de santé est nécessaire, y compris l'identification de tous les obstacles à l'accès.



### Mesures de facilitation

- Procéder tous les deux ans à l'enquête par pays du HCR sur l'inclusion dans les pays prioritaires afin d'évaluer et de suivre l'étendue de l'inclusion.
- Suivi conjoint des progrès réalisés dans les plans d'inclusion avec le gouvernement, les partenaires de développement, les donateurs et les réfugiés eux-mêmes.
- Surveiller l'impact de l'inclusion des réfugiés sur les systèmes de santé nationaux, notamment par des changements dans la proportion des services offerts aux réfugiés, l'occupation des lits, le temps d'attente et le ratio personnel-patients.
- Procéder à des évaluations participatives auprès des réfugiés et des communautés d'accueil immédiates, y compris dans le cadre d'analyses de la situation des pays et d'un suivi annuel de la mise en œuvre, afin d'évaluer l'accès aux services de santé, les lacunes dans la prestation des services et la satisfaction à leur égard.
- Mener des enquêtes auprès des ménages comme l'enquête du HCR sur l'accès aux services de santé et leur utilisation (HAUS), des enquêtes multisectorielles auprès des ménages, ou intégrer les réfugiés dans les enquêtes nationales visant à évaluer le niveau d'accès aux services de santé, les obstacles à l'accès et les dépenses des ménages en matière de santé.

- Préconiser la ventilation des données en fonction du statut de réfugié et/ou de la nationalité dans le système national d'information sur la santé, et surveiller l'accès des réfugiés en tenant compte des implications en matière de protection.
- Promouvoir et soutenir les systèmes d'accréditation des réfugiés qui sont des professionnels de santé qualifiés, y compris les infirmières, les sages-femmes, les médecins et les techniciens de laboratoire, conformément aux normes nationales.

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 3

### Promouvoir et soutenir la prestation équitable de services de santé

Conformément à l'Objectif 10 des ODD visant à **réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre**, le HCR travaillera avec les ministères de la santé et les partenaires afin de concevoir et surveiller les services de santé qui favorisent et soutiennent des résultats équitables pour les populations relevant de sa compétence.

Le HCR vise à atteindre :

- i) l'égalité d'accès aux soins de santé pour les personnes ayant un besoin égal de soins de santé ;
- ii) l'égalité d'utilisation des soins de santé pour les personnes ayant un besoin égal de soins de santé ; et
- iii) des résultats équitables en matière de santé.

Cela nécessite un bon fonctionnement des services de santé accessibles et adaptés aux besoins de tous les groupes de population, ainsi que des services de santé ciblés pour certains groupes.

Des efforts seront déployés pour appuyer la prestation équitable de services de santé et de services connexes pour les groupes suivants.

#### Personnes en situation de handicap

Le HCR s'efforce de faire en sorte que les personnes handicapées aient accès aux services essentiels, à des conditions de vie adéquates et accessibles et qu'elles aient des possibilités d'utiliser leurs compétences et leurs capacités afin d'en tirer des bénéfices personnels et d'en faire profiter leurs familles et leurs communautés. Les personnes handicapées « comprennent celles qui sont affectées à long terme<sup>18</sup> par des handicaps physiques, mentaux, intellectuels ou sensoriels qui, en interaction avec divers obstacles, peuvent nuire à leur participation pleine et effective à la société sur une base égale avec les autres ».<sup>19</sup>

Certains handicaps peuvent être identifiables par des indices visuels (comme les handicaps physiques et sensoriels) tandis que d'autres peuvent être moins visibles,

<sup>18</sup> Une déficience à long terme est généralement comprise comme un état qui persiste dans le temps. Bien qu'il n'y ait pas d'accord universel sur cette durée, le HCR l'évalue à six mois.

<sup>19</sup> <http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml>

comme les troubles psychosociaux (par exemple maladies mentales graves et troubles du développement, comme l'autisme et d'autres affections neurologiques. À l'échelle mondiale, selon la définition utilisée dans le Rapport mondial sur le handicap, les personnes handicapées représentent environ 15 % de la population.<sup>20</sup> Ce chiffre pourrait être plus élevé chez les réfugiés et les personnes déplacées (PDI).<sup>21</sup>

Toutes les personnes handicapées ont besoin d'avoir accès aux soins de santé comme tout le monde, y compris les services de santé pour les garçons et les filles handicapées, ainsi que les services de santé sexuelle et reproductive pour les femmes et les filles handicapées. Cela peut nécessiter des adaptations des établissements et des services de santé afin d'assurer un accès égal à celui de tous. Certaines personnes handicapées ont de nombreux besoins de soins de santé supplémentaires liés à leur handicap, mais d'autres non. De plus, les personnes handicapées peuvent également avoir besoin de technologies d'assistance comme des lunettes, des fauteuils roulants ou des aides auditives.

Les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR et handicapés peuvent faire face à des difficultés particulières en matière d'accès aux services. Ils sont souvent exposés de manière disproportionnée à la discrimination, à l'exploitation et à la violence et ils sont confrontés à des obstacles à l'accès à l'aide humanitaire, y compris aux services de santé. Les femmes et les filles handicapées peuvent être menacées de stérilisation, d'avortement et de contraception forcés, ainsi que d'autres formes de violence auxquelles le HCR s'oppose vigoureusement. Les évaluations des situations des réfugiés ont permis d'identifier un certain nombre de domaines qui doivent être renforcés, concernant notamment les délais d'attente des dispositifs d'aide à la mobilité, la formation des professionnels de santé, les personnels d'accueil et autres personnels spécialisés dans l'inclusion des personnes handicapées ainsi que l'accès à l'information et à la communication sur la santé.

### Personnes LGBTIQ+

Les lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes, queer et d'autres identités différentes (LGBTIQ+), comme toutes les autres personnes, ont besoin d'un accès égal aux services de santé généraux.<sup>22</sup> Elles sont plus susceptibles de subir des violations des droits de la personne, y compris la violence, la criminalisation, la discrimination et la stigmatisation. Cela se traduit par un taux élevé de problèmes de santé physique et mentale et un accès réduit à la santé et aux services sociaux. Les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et les personnes

transgenres présentent un risque beaucoup plus élevé de contracter le VIH<sup>23</sup> et ont besoin d'activités de prévention, de traitements et de soins ciblés.

Des incidents de violence à l'égard des personnes LGBTIQ+ dans les établissements de soins de santé ont été documentés, y compris le déni de traitement médical, la violence verbale et des procédures pratiquées sous la contrainte - souvent médicalement inutiles. Cela est inacceptable, et il est prévu que le HCR prenne des mesures pour y remédier.

La discrimination fondée sur l'orientation sexuelle ou l'identité de genre viole les normes de l'ONU en matière de droits de l'homme et affecte négativement les individus, les sociétés, les communautés et sape la réalisation des Objectifs de développement durable. Ces obstacles croisés aux soins de santé et aux services sociaux entraînent de graves disparités en matière de santé entre ceux qui ont accès à ces services essentiels et ceux qui en sont privés.

### Adolescents

Les adolescents (de 10 à 19 ans) connaissent une croissance physique, cognitive et psychosociale rapide. Cela peut affecter la façon dont ils se sentent, pensent, prennent des décisions et interagissent avec le monde qui les entoure. Au cours de cette phase, les adolescents établissent des schémas de comportement - par exemple, liés à l'alimentation, à l'activité physique, à la consommation de substances et à l'activité sexuelle - qui peuvent protéger leur santé et la santé des autres autour d'eux, ou mettre leur santé en danger aujourd'hui et à l'avenir.

Alors que la mortalité des adolescents est généralement faible, le VIH, le suicide et, - en Afrique subsaharienne -, la mortalité maternelle sont les principales causes de décès.<sup>24,25</sup> Par exemple, les complications pendant la grossesse et l'accouchement sont la principale cause de décès des 15-19 ans.<sup>26</sup> Les mères adolescentes sont confrontées à des risques plus élevés de complications liées à la grossesse, telles que l'éclampsie et la septicémie, que les femmes âgées de 20 à 24 ans ; les bébés de mères adolescentes sont exposés à des risques plus élevés de faible poids à la naissance, d'accouchement prématuré et de pathologies néonatales graves.<sup>27</sup> Les filles qui sont enceintes avant l'âge de 18 ans sont plus susceptibles de subir des violences dans le cadre d'un mariage ou d'un partenariat précoce.<sup>28</sup> La grossesse et la maternité chez les adolescentes, ainsi que le risque accru de violence basée sur le genre, y compris les mariages précoces, obligent souvent les filles à abandonner leurs études, ce qui compromet leurs possibilités d'éducation et d'emploi à venir.

<sup>20</sup> [Rapport mondial sur le handicap \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/global-report-on-disability-2019)

<sup>21</sup> [Lignes directrices du Comité permanent interorganisations \(Inter-agency Standing Committee, IASC\), Inclusion des personnes handicapées dans l'action humanitaire, 2019 | IASC \(interagencystandingcommittee.org\)](https://www.unhcr.org/fr/fr/about-us/inter-agency-standing-committee)

<sup>22</sup> <https://emergency.unhcr.org/entry/221506/lesbian-gay-bisexual-transgender-and-intersex-lgbti-persons>

<sup>23</sup> [https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200928\\_new-hiv-infections-increasingly-among-key-populations](https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/september/20200928_new-hiv-infections-increasingly-among-key-populations)

<sup>24</sup> OMS : [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/epidemiology/adolescence/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/epidemiology/adolescence/en/)

<sup>25</sup> The Lancet. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries 2015: <https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X1370179-7/fulltext>

<sup>26</sup> [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/data/causes-death-adolescents/en/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/data/causes-death-adolescents/en/)

<sup>27</sup> OMS. Estimations de santé mondiales 2015 : décès par cause, âge, sexe, par pays et par région, 2000-2015. Genève : OMS, 2016

<sup>28</sup> Raj A, Boehmer U. Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. *Violence à l'égard des femmes* 2013;19(4)

Les adolescents ont besoin d'une éducation sanitaire adaptée à leur âge et à leur sexe, d'opportunités de développer des compétences psychosociales et de pouvoir accéder aux services de santé. Trop peu d'adolescents réfugiés ont accès à l'information et au conseil ainsi qu'à des services intégrés, qui leur sont favorables, en particulier les services de santé sexuelle et reproductive, sans subir de discrimination ou d'autres obstacles.

### Femmes et filles, hommes et garçons

Le genre est un déterminant social de la santé. Le genre en tant que construction sociale influence les normes et les biais sociaux qui peuvent avoir un impact négatif sur l'accès aux soins de santé et leur disponibilité. Pour y remédier de manière adéquate, les opérations du HCR doivent bien comprendre l'impact différentiel entre les sexes sur les comportements et les résultats en matière de santé.

#### Femmes et filles

Les inégalités mondiales entre les sexes et un déséquilibre de pouvoir entre les hommes et les femmes entraînent des disparités de santé liées au genre. Dans de nombreux milieux, les femmes et les filles ont peu ou pas d'accès à l'emploi, à l'éducation, aux soins de santé et nutritionnels. Les femmes et les filles sont exposées de manière disproportionnée au risque de violence basée sur le genre, qui est encore plus élevé dans une situation de déplacement forcé, et qui entraîne des conséquences graves et souvent prolongées sur la santé. L'inégalité entre les sexes peut entraîner des risques pour la santé, des comportements sanitaires sous-optimaux et des résultats inférieurs en matière de santé et de nutrition pour les femmes et les filles. Par exemple, l'éducation des filles affecte positivement leur santé et leur bien-être en tant qu'adultes, y compris les chances de survie de leurs enfants en bas âge. Le manque de représentation des femmes et de diversité parmi les prestataires de soins de santé peut conduire les patientes et leurs enfants à ne pas bénéficier d'un accès équitable aux soins de santé.

#### Garçons et hommes

Dans la plupart des régions du monde, les résultats en matière de santé des hommes et des garçons sont moins bons que ceux des femmes et des filles. Ceci s'explique par les différences biologiques, mais aussi par les comportements associés aux normes masculines de prise de risque et parce que les hommes sont moins susceptibles de consulter un service de santé lorsqu'ils sont malades.<sup>29</sup> Dans les pays où l'épidémie de VIH est généralisée, par exemple, les hommes sont moins susceptibles que les femmes de passer un test de VIH, moins susceptibles d'accéder au traitement antirétroviral et plus susceptibles de mourir d'une maladie liée au SIDA que les femmes.<sup>30</sup> Dans de nombreuses populations de réfugiés, les femmes sont beaucoup plus susceptibles d'avoir accès à des traitements antirétroviraux que les hommes : les données pour 2019 sur les nouveaux enrôlements au traitement antirétroviral (TAR) pour les femmes et les hommes

réfugiés de plus de 18 ans montrent que les femmes représentent 66 % des nouveaux enrôlements. De même, les hommes atteints de tuberculose semblent moins enclins à rechercher des soins. Les taux mondiaux de mortalité par suicide ont été de 75 % plus élevés chez les hommes que chez les femmes en 2016. En Ouganda en 2020, 76 % des suicides exécutés parmi les réfugiés l'ont été par des hommes. Enfin, la charge mondiale croissante des maladies non transmissibles touche davantage les hommes que les femmes, et cela à un âge plus précoce.

### Personnes âgées

Selon les estimations, 4 % de toutes les populations déplacées dans le monde sont plus âgées (plus de 60 ans), bien qu'un manque de données ventilées par âge cache un pourcentage beaucoup plus élevé.<sup>31</sup> Les personnes âgées ont les mêmes besoins fondamentaux que les autres, mais elles sont exposées à des risques accrus en raison du vieillissement, y compris la négligence, la discrimination et les abus.<sup>32</sup> Bien qu'elles puissent faire face à des défis particuliers lors du déplacement, elles ne doivent pas être considérées comme des bénéficiaires d'aide passifs et dépendants. Il est possible qu'elles soient des leaders communautaires et qu'elles participent au transfert des connaissances, de la culture, des savoir-faire et des compétences professionnelles. Le HCR et ses partenaires doivent garantir leurs droits et répondre à leurs besoins sans discrimination.

Les personnes âgées peuvent avoir des besoins de santé liés à l'âge en ce qui concerne la vue, l'audition, la mobilité et le soutien psychosocial, et elles sont plus susceptibles de souffrir de maladies chroniques et d'avoir des besoins nutritionnels spécifiques. Dans les situations de déplacement forcé, les déficiences qui n'auraient normalement pas d'impact sur le fonctionnement quotidien peuvent ébranler la capacité des personnes âgées à faire face. Par exemple, les personnes âgées souffrant d'une déficience physique, d'une mobilité réduite, d'une vision réduite ou d'une mauvaise audition peuvent rapidement devenir incapables de se procurer de la nourriture, d'accéder à des services de base tels que les installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement ou d'accéder à l'information.<sup>33</sup> Elles peuvent avoir du mal à se rendre sur les marchés ou aux points de distribution alimentaire, et les colis d'aide alimentaire peuvent ne pas répondre à leurs besoins nutritionnels particuliers. Les réfugiés plus âgés peuvent devenir socialement isolés et physiquement séparés de leur famille, ce qui aggrave leur vulnérabilité ainsi que celle de leurs aidants. L'impact psychologique du déplacement sur les personnes âgées peut être sévère.

Les besoins et les capacités des personnes âgées sont souvent négligés. Les interventions sanitaires doivent répondre à leurs besoins spécifiques et il convient de planifier et de mettre en œuvre des services en étroite consultation avec ces personnes.<sup>34</sup>

<sup>29</sup> <https://www.who.int/bulletin/volumes/92/8/13-132795/en/>

<sup>30</sup> Blind Spot: Reaching out to Men and Boys (ONUSIDA) 2017

<sup>31</sup> Tendances mondiales du HCR : Forced Displacement in 2019, 2020, <https://www.unhcr.org/globaltrends2019>

<sup>32</sup> [Le HCR travaille avec les personnes âgées en déplacement forcé](https://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/older-people-in-emergencies/)

<sup>33</sup> <https://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/older-people-in-emergencies/>

<sup>34</sup> Pour de plus amples informations sur les stratégies visant à garantir l'accès aux services de santé, veuillez consulter [UNHCR, Travailler avec les personnes âgées en situation de déplacement forcé](#)

## Personnes relevant de la compétence du HCR et qui sont privées de leurs libertés

Les normes internationales indiquent clairement que les personnes en détention doivent avoir accès au même niveau de soins de santé que celui disponible dans la communauté, et que cela s'applique à toutes les personnes indépendamment de leur citoyenneté, de leur nationalité ou de leur statut de personne migrante ou déplacée. Les personnes relevant de la compétence du HCR et privées de liberté peuvent être exposées à des risques particuliers affectant leur santé et leur bien-être. Par exemple, dans certains contextes, les demandeurs d'asile et les réfugiés maintenus en détention ont un accès restreint à l'hygiène, aux soins de santé et à la nourriture et, dans certains cas, sont exposés à la torture, à la violence basée sur le genre ou à la privation. Dans de telles situations, on peut s'attendre à ce que ces personnes présentent des taux plus élevés de malnutrition, de maladies transmissibles et de problèmes de santé mentale. On peut y remédier par une combinaison d'actions de sensibilisation, de suivi et de prestation de services.

### Résultat 1 : Les données ventilées permettent d'identifier et d'analyser les disparités d'accès, d'utilisation et de résultats

#### Mesures de facilitation

- Les indicateurs de santé sélectionnés sont ventilés par paramètres de stratification clés, y compris les caractéristiques démographiques (sexe, âge, lieu de résidence (urbain/rural, sous-national) et statut de réfugié ou de nationalité.
- Consulter des groupes spécifiques tels que les personnes handicapées, les adolescents, les femmes et les filles, les hommes et les garçons, les personnes âgées et les personnes LGBTIQ+ et s'engager auprès d'eux pour connaître leurs points de vue, leurs besoins et leur accès aux services.
- Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés dans des enquêtes nationales sur la santé telles que les EDS, les MICS ou les enquêtes nutritionnelles avec une taille d'échantillon adéquate pour permettre une présentation ventilée des résultats par statut de réfugié ou par nationalité.
- Documenter systématiquement les données de mortalité ventilées par âge et sexe, y compris la mortalité néonatale, maternelle et des enfants de moins de cinq ans.

### Résultat 2 : Promotion de politiques adaptées aux questions de genre

#### Mesures de facilitation

- Reconnaissance de normes, de rôles et d'inégalités de genre nocifs qui exercent un impact sur les comportements et l'accès à la santé, tout en préconisant et en mettant en œuvre des solutions de transformation du genre qui renforcent le pouvoir des femmes et des filles de prendre des décisions

concernant leur santé et leurs soins de santé et contribuent à des actions qui intègrent des besoins spécifiques pour les hommes/garçons, femmes/filles, transgenres et autres identités de genre en fonction de leurs besoins en matière de sexe et de genre.

- Intégrer l'analyse de genre et intégrer le genre dans les politiques de santé et de nutrition, les stratégies, les analyses, évaluations, etc.
- Mettre en œuvre des actions visant à accroître l'accès et l'acceptabilité, par exemple l'option pour des prestataires de même sexe, des lieux alternatifs et/ou des heures d'ouverture plus longues pour atteindre tout le monde.
- Promouvoir le personnel médical et infirmier féminin dans des contextes où le manque de personnel féminin constitue un obstacle majeur à l'accès aux services pour les femmes et les filles.
- Promouvoir l'égalité entre les femmes et les hommes parmi les professionnels de santé, y compris les actions visant à occuper des postes de direction.

### Résultat 3 : Les obstacles à l'accès aux services de santé sont identifiés et surmontés

#### Mesures de facilitation

- Effectuer une évaluation (y compris des entrevues avec des informateurs clés, des groupes de discussion, l'examen des données sur l'utilisation des soins de santé) afin de cerner les obstacles propres au contexte concernant l'accès aux services de santé pour les principaux groupes vulnérables (y compris ceux ci-dessus).
- Élaborer et soutenir des interventions qui traitent explicitement les obstacles à l'accès et à l'adhésion aux soins de santé pour les populations « difficiles à atteindre », y compris les obstacles sociaux, économiques et liés au genre.
- S'assurer que l'information est accessible à tous les segments de la population, en utilisant des canaux de communication privilégiés et dans des formats et des langues accessibles sur les droits d'accès aux services de santé.
- Dans le cadre des processus AGD, faire participer des populations spécifiques comme les adolescents de sexe masculin et féminin, les femmes et les hommes, les filles et les garçons, les personnes LGBTIQ+, les personnes handicapées, les travailleurs du sexe, les personnes vivant avec le VIH, les minorités ethniques et d'autres groupes identifiés qui risquent d'être marginalisés, au processus de détermination des priorités en matière de santé, tout en diffusant des informations sur les lieux d'accès aux services et sur la conception des services de santé.
- Former et soutenir les professionnels de santé concernant les droits, les besoins et les vulnérabilités de certaines populations telles que les LGBTIQ+, les personnes âgées, les adolescents, les personnes handicapées, les victimes de violences basées sur le genre, concernant d'autres affections potentiellement stigmatisantes et d'autres personnes qui peuvent avoir des difficultés à accéder aux services de santé ; aider les prestataires de services de santé à élaborer des approches de soutien pour faciliter l'accès de toutes les personnes aux services de santé traditionnels.



© HCR/Andrew McConnell

Colombie. « Une situation de vie ou de mort » - Angelina Jolie sur l'exode vénézuélien

- Utiliser des agents de santé communautaires ou d'autres formes de sensibilisation sur la base de la consultation et des préférences, pour identifier les personnes qui ne peuvent pas atteindre les établissements et envisager de fournir des soins à domicile ou de transporter les personnes référées vers les cliniques ou les hôpitaux.<sup>35</sup>
- Explorer les barrières psychologiques, promouvoir les attitudes favorables et veiller à leur application auprès des prestataires de services de santé sur la prestation de services particuliers aux adolescents et à d'autres groupes à risque.
- Promouvoir des attitudes, des comportements et des pratiques favorables parmi les agents de santé pour faire participer les hommes et les garçons et identifier les obstacles qui les empêchent d'accéder aux services de santé.
- Fournir de l'espace aux partenaires masculins dans les établissements de santé.
- En consultation avec les personnes âgées et les personnes handicapées, concevoir ou adapter des centres de santé, des sites de distribution, des sources d'eau, des latrines, des refuges et d'autres infrastructures pour qu'ils soient sûrs, accessibles et appropriés. Cela inclut l'attention portée aux barrières ou risques de trébuchement, rampes d'accès, grandes portes, rampes d'escalier, sols non glissants, toilettes accessibles aux personnes handicapées.<sup>36</sup>

- Assurer et surveiller l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées à la nourriture, à l'allocation en espèces ou aux distributions en nature. Prendre des mesures pour faciliter leur accès, le cas échéant, par exemple par le biais de distributions dédiées, d'assistance au transport, de petites parcelles ou de services de « livraison à domicile ».

**Résultat 4 : Les services de santé sont accessibles et répondent aux besoins de groupes de population spécifiques, notamment des personnes handicapées, des adolescents, des femmes et des filles, des hommes et des garçons, des personnes âgées, des personnes de diverses orientations sexuelles, identités de genre et expressions de genre (SOGIESC) et des différents groupes ethniques**



#### Mesures de facilitation

- Assurer l'accessibilité physique des personnes handicapées et des personnes âgées comme ci-dessus.
- Promouvoir la capacité des professionnels de santé et du personnel d'accueil afin qu'ils communiquent dans des formats accessibles, comme la langue des signes.

<sup>35</sup> Travailler avec les personnes âgées en déplacement forcé. HCR 2013

<sup>36</sup> <https://emergency.unhcr.org/entry/251401/older-persons>

- Tenir compte des besoins des personnes handicapées et des personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation lors de l'élaboration de documents d'information, de communication et d'éducation tels que des matériaux en braille, des matériaux picturaux et des formats oraux ; former les professionnels de santé à communiquer avec les personnes handicapées ayant des besoins différents.
  - Collaborer avec des organisations axées sur le handicap pour améliorer les connaissances du personnel HCR, du partenaire et des professionnels de santé sur les droits des personnes handicapées, aider à surveiller l'accès des personnes handicapées à des services de santé de qualité, identifier les obstacles à l'accès et contribuer à l'autonomisation des personnes handicapées.
  - Travailler avec des partenaires des domaines de la santé et de la nutrition pour identifier les besoins alimentaires spécifiques des personnes âgées et des personnes handicapées.
  - En consultation avec les adolescents, élaborer des programmes garantissant des services de santé adaptés aux adolescents et incluant les droits d'accès aux informations et aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR). Les principaux éléments comprennent la participation et l'autonomisation des collectivités, les approches dirigées par les pairs et la lutte contre les obstacles liés aux attitudes, en particulier ceux manifestés par les professionnels de santé.
  - Comprendre les lois et les politiques nationales qui peuvent constituer des obstacles à l'accès des adolescents à la santé et à l'auto-détermination en matière de santé, y compris les exigences relatives au consentement parental, en particulier en ce qui concerne le dépistage du VIH, les services contraceptifs et les soins consécutifs à un avortement.
  - Adapter la prestation de services pour faciliter l'accès des hommes en fonction de la compréhension de leurs besoins, par exemple grâce à des heures prolongées de consultation, en séparant les services de santé reproductive pour les hommes des services de santé maternelle, en lançant des opérations de sensibilisation dans les bars, chez les coiffeurs, sur les lieux de travail et ailleurs.
  - Identifier les barrières géographiques, y compris la distance et l'adaptation des services, dont les cliniques mobiles, pour surmonter ces obstacles.
  - Assurer la disponibilité des services pour les prestataires de services ou les interprètes de différentes nationalités ou groupes ethniques qui ne parlent pas la langue dominante.
- transgenres), les personnes souffrant d'alcoolisme et de toxicomanie, les adolescents et d'autres personnes.
- Les personnes LGBTIQ+ peuvent avoir besoin de services ciblés offrant un environnement ouvert à la discussion et permettant de répondre à leurs besoins de santé sans crainte de discrimination et de rejet (notamment les personnes transgenre).
  - Les personnes souffrant de troubles consécutifs à la consommation d'alcool et de drogues peuvent avoir besoin de services dédiés (en particulier lorsque les drogues utilisées sont socialement inacceptables ou criminalisées).
  - Les personnes handicapées devraient avoir accès à des dispositifs d'assistance attribués selon les besoins en fonction de critères clairs.
  - Identifier et cartographier les partenaires de mise en œuvre et opérationnels et les prestataires de services nationaux offrant des services de réadaptation, y compris des appareils fonctionnels prioritaires, aux réfugiés et aux communautés d'accueil.
  - Élargir l'accès aux technologies d'assistance et établir des procédures claires pour allouer les ressources aux dispositifs d'assistance.
  - En étroite collaboration avec la protection communautaire, soutenir l'accès aux services de réadaptation sur la base de l'impact sur la santé, le fonctionnement et la participation ou la réduction de la vulnérabilité aux risques de protection.
  - Les opérations par pays doivent faire spécifiquement référence à l'accès aux dispositifs d'assistance dans les protocoles de référence et aux partenaires fournissant d'autres interventions de réadaptation fondées sur des données probantes et priorisées. Celles-ci incluent :
    - Séances de physiothérapie (établissement et domicile) et suivi, y compris la réadaptation communautaire.
    - Ergothérapie (établissement, communauté et domicile).
    - Mise à disposition d'appareils d'assistance y compris, par ordre de priorité, aides auditives, lunettes et aides à la mobilité<sup>37</sup>.
    - Renforcement des interventions de réadaptation communautaire.
    - Formation des bénéficiaires sur les soins à se donner soi-même.
  - Garantir aux adolescents les droits d'accès aux informations et aux services de SSR<sup>38</sup> :
    - Fournir des informations sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents.
    - Améliorer l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive pour les adolescents.
    - Accroître le leadership, l'engagement et la défense des adolescents pour leur santé sexuelle et reproductive.
  - Cartographier la disponibilité des services de santé et des services connexes pour les hommes qui ont des relations sexuelles avec des hommes et des femmes transgenres ; envisager le soutien aux centres d'accueil qui offrent une gamme de services, y compris la SMSPS, la prévention, le traitement et les soins contre le VIH et les IST ; les traitements hormonaux ; l'information, l'éducation et la communication ; l'accès aux préservatifs et aux lubrifiants, les approches et la sensibilisation dirigées par les pairs, l'atténuation de la violence et la référence vers les services de protection.

## Résultat 5 : Des services de santé ciblés et des services connexes sont offerts aux groupes dont les besoins pourraient ne pas être satisfaits de façon adéquate par les services traditionnels



### Mesures de facilitation

- Concevoir des services en consultation avec les personnes LGBTIQ+, les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels (hommes, femmes et

<sup>37</sup> OMS | Liste des produits d'aide prioritaire (APL)

<sup>38</sup> Voir [Santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de réfugiés](#)



© HCR/Tsvangirayi Mukwazhi  
Zimbabwe. Amélioration de l'accès à l'eau au camp de réfugiés de Tongogara

## OBJECTIF STRATÉGIQUE 4

Renforcer la collaboration intersectorielle au sein du HCR et avec ses partenaires afin de créer des synergies et d'optimiser l'impact positif sur l'état de santé, le bien-être et la dignité des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR

Pour améliorer les résultats collectifs de santé des réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR, il est important que la prestation de services de santé et la prise de mesures visant à remédier aux facteurs de causalité immédiats d'une maladie soient complétées par des actions visant à modifier les déterminants sociaux, économiques et environnementaux de la santé ; promouvoir l'atténuation et l'adaptation aux changements climatiques et réduire la vulnérabilité de la santé aux changements climatiques. Par conséquent, un élément essentiel du travail du personnel de santé publique du HCR consiste à sensibiliser et à promouvoir des actions intersectorielles conjointes visant à améliorer les résultats et à réduire les inégalités en matière de santé. La collaboration avec les personnels chargés de la protection, des abris et des camps, de la sécurité alimentaire, des moyens de subsistance, de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (EHA) ainsi que les personnels responsables de l'énergie est particulièrement pertinente concernant l'atténuation des risques pour la santé.

### Résultat 1 : Promouvoir l'inclusion de la santé dans l'évaluation, la planification et l'élaboration générales des politiques

#### 💡 Mesures de facilitation

- Au cours des processus de planification annuels au niveau des pays et des régions, explorer les possibilités d'amélioration des mesures visant à traiter les domaines intersectoriels prioritaires.
- Veiller à ce que la santé publique et la nutrition soient prises en considération dans l'élaboration des politiques, des stratégies et des notes d'orientation du HCR afin qu'elles tiennent compte de l'impact des recommandations, recherchent des synergies et évitent les effets nocifs sur la santé dans le but d'améliorer l'état sanitaire et nutritionnel ainsi que l'équité en matière de santé.
- Examiner l'impact des politiques nationales non sanitaires pour les réfugiés, les personnes déplacées (PDI) et autres personnes relevant de la compétence du HCR sur l'accès aux soins de santé et leur utilisation, y compris l'impact différentiel en fonction de l'âge, du sexe et de la diversité.
- Inclure les considérations liées à la santé et à la nutrition dans les évaluations participatives afin d'éclairer les analyses de situation, les examens annuels de mise en œuvre et les évaluations sectorielles spécifiques.

#### SANTÉ PUBLIQUE ET ACTION POUR LE CLIMAT

Le changement climatique contribue à la dégradation des résultats en matière de santé en augmentant la fréquence et la gravité des catastrophes naturelles, en modifiant la structure de morbidité, en augmentant l'insécurité alimentaire et en réduisant la disponibilité de l'eau. Les programmes de santé publique appuyés par le HCR devront :

1. Soutenir et renforcer la prévention, la détection et le contrôle des maladies transmissibles, y compris en améliorant la surveillance des maladies, le contrôle des vecteurs et la vaccination.
2. Renforcer les réseaux de santé communautaires pour qu'ils s'engagent dans la préparation et la réponse aux situations d'urgence en tant que premiers intervenants face aux événements climatiques, pour mobiliser les communautés sur l'adaptation, améliorer la prévention et la détection de la malnutrition aiguë et soutenir les réponses communautaires en matière de santé mentale et psychosociale.
3. Contribuer à la réduction des émissions de carbone en investissant dans des technologies renouvelables telles que la production d'énergie solaire au lieu de générateurs diesel dans des établissements de santé soutenus par le HCR.
4. Préconiser l'inclusion des réfugiés dans les plans nationaux de préparation aux catastrophes et dans les mesures d'atténuation et d'adaptation, y compris les évaluations de la vulnérabilité sanitaire aux niveaux national et local.



Résultat 2 : Assurer une collaboration intersectorielle efficace pour renforcer les résultats collectifs, notamment réduire la vulnérabilité sanitaire et promouvoir l'atténuation et l'adaptation au changement climatique.

Tableau 1 : Domaines prioritaires de collaboration intersectorielle avec la Santé publique et la Nutrition

Domaines prioritaires	Secteur(s)	Activités
Santé communautaire et promotion de l'hygiène (EHA)	EHA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer la coordination et la complémentarité de la promotion de la santé et de l'hygiène communautaires à l'aide de messages et de matériels normalisés.</li> <li>S'assurer que les personnes aient un accès suffisant et régulier à des articles d'hygiène - par l'entremise des allocations en espèces (Cash-based Interventions, CBI), ou en nature lorsque les CBI ne sont pas possibles - pour permettre la satisfaction des besoins de la manière la plus souple et la plus appropriée.</li> </ul> <p>Au niveau de la communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>renforcer les effectifs de la santé communautaire pour diffuser des messages liés à l'hygiène ;</li> <li>intégrer les systèmes de collecte des données communautaires ;</li> <li>promouvoir le lavage des mains et d'autres mesures visant à réduire les maladies transmises par l'eau et les maladies transmissibles en général (telles que la gale), notamment l'accès à l'eau potable, la gestion des eaux usées et des déchets solides au niveau des foyers et de la communauté.</li> </ul>
Contrôle des vecteurs	EHA, Abri et installations, Gestion des camps	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coordonner et mettre en œuvre des activités de contrôle des vecteurs pour prévenir le paludisme, la dengue et d'autres maladies transmissibles par des vecteurs <ul style="list-style-type: none"> <li>distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée et promotion et</li> <li>conception d'abris permettant une utilisation appropriée de moustiquaires</li> </ul> </li> </ul>
Préparation et réponse aux épidémies	EHA, Sécurité alimentaire, Protection, Gestion des camps	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettre en place des équipes de contrôle des épidémies, élaborer des plans de préparation et gérer les réponses</li> </ul>
Veiller à ce que les services EHA et l'énergie soient adéquats pour les établissements de santé	EHA, Énergie et Environnement	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contribution technique pour évaluer et améliorer les services EHA et d'énergie dans les établissements de santé, y compris avec des sources d'énergie renouvelables, ainsi que des partenaires de la santé et du secteur EHA</li> </ul>
Promouvoir des environnements de vie sains	Abris et installations, EHA, Énergie et Environnement	<p>Développer des approches pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réduire le surpeuplement et la pollution de l'air intérieur,</li> <li>améliorer les options de cuisson et l'utilisation sûre de l'énergie propre pour la cuisine, le chauffage et l'éclairage,</li> <li>réduire les risques de blessure pour les enfants,</li> <li>éliminer les sites de reproduction des vecteurs.</li> </ul>

Domaines prioritaires	Secteur(s)	Activités
<p>Promouvoir et soutenir la gestion de l'hygiène menstruelle</p> <p>Accessibilité aux abris et aux équipements</p>	EHA, Protection, Abris et Gestion des camps	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assurer l'accès aux fournitures et matériels concernant la gestion de l'hygiène menstruelle,</li> <li>promouvoir des équipements de soutien avec salles de bain et des toilettes accueillantes pour les femmes dans les établissements scolaires et publics, y compris la gestion des déchets,</li> <li>fournir une éducation en matière de santé et d'hygiène menstruelles,</li> <li>améliorer l'accessibilité aux équipements privés et communautaires pour les personnes atteintes d'une déficience/incapacité fonctionnelle.</li> </ul>
Réduire le risque et répondre à la VBG	Abris et installations, EHA, Énergie et Environnement, Sécurité alimentaire, Éducation, Protection	<p>Travailler de manière multisectorielle pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>réduire le risque de violence basée sur le genre (VBG) en mettant en œuvre des stratégies de prévention et d'atténuation<sup>39</sup>,</li> <li>renforcer les systèmes nationaux et communautaires qui empêchent et atténuent la VBG et permettent aux victimes et aux personnes à risque d'avoir accès aux soins et à l'aide.</li> </ul>
<p>Renforcer les réponses à la VBG</p> <p>Réduire la vulnérabilité des personnes handicapées</p> <p>Protection des personnes faisant l'objet de discriminations</p> <p>Promouvoir l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE)</p>	Protection	<ul style="list-style-type: none"> <li>Effectuer des visites de suivi et évaluation conjointes protection et santé afin de renforcer les services offerts aux victimes de violences basées sur le genre, y compris la prise en charge clinique des victimes de viol.</li> <li>Travailler avec la protection communautaire pour renforcer les réseaux sociaux d'appui, identifier des logements sûrs et sécurisés et promouvoir la protection des personnes souffrant de maladies mentales graves, de handicaps et autres personnes présentant des risques accrus.</li> <li>Évaluer, planifier, mettre en œuvre et surveiller les activités qui contribuent à répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels.</li> <li>Développer des approches fondées sur les droits pour les personnes soumises à des discriminations liées à des conditions ou des identités spécifiques telles que le statut VIH, la COVID-19, les handicaps, la vente ou l'échange de services sexuels et diverses SOGIESC (orientations sexuelles, identité de genre, expression de genre et caractéristiques sexuelles).</li> <li>Promouvoir les approches relatives à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) dans les politiques et les actions en matière de protection de l'enfance, y compris l'élaboration de procédures claires pour l'identification et la référence des femmes enceintes et allaitantes, ainsi que d'autres mères et aidants d'enfants de 0 à 23 mois.</li> <li>Identifier et aborder les causes non liées à la santé des enfants malnutris aigus non guéris qui ont été admis dans des programmes de traitement, tels que l'environnement familial et les pratiques de soins.</li> <li>Travailler avec la protection communautaire sur la référence et les liens entre tous les services de santé mentale et de soutien psychosocial.</li> </ul>

<sup>39</sup> [https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines\\_lo-res.pdf](https://gbvguidelines.org/wp/wp-content/uploads/2015/09/2015-IASC-Gender-based-Violence-Guidelines_lo-res.pdf)

Domaines prioritaires	Secteur(s)	Activités
<b>Prévention des carences nutritionnelles</b>	Sécurité alimentaire, Allocation en espèces, Énergie et Moyens de subsistance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir une alimentation nutritive à faible coût afin de prévenir la malnutrition aiguë et chronique, les carences en micronutriments, en particulier dans les groupes vulnérables comme les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes, les mères et les aidants d'enfants de moins de cinq ans.</li> <li>• Soutenir les régimes alimentaires pour les personnes ayant des besoins spécifiques comme les maladies non transmissibles, y compris le diabète, et les personnes vivant avec le VIH et la tuberculose. Ces approches peuvent inclure une agriculture à petite échelle, des activités génératrices de revenus fondées sur des données probantes et une aide financière.</li> </ul>
<b>Protection financière contre les dépenses de santé catastrophiques</b>	Moyens de subsistance, Allocation en espèces et tous les autres secteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer les mesures visant à garantir la protection des réfugiés contre les risques financiers en réduisant les dépenses personnelles et en éliminant les dépenses de santé catastrophiques.</li> <li>• Favoriser l'accès au travail décent et aux marchés du travail.</li> <li>• Envisager l'allocation en espèces quand elle peut améliorer l'accès aux soins de santé et les résultats en matière de santé.</li> </ul>
<b>Renforcer les résultats collectifs</b>	Éducation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Partager les informations et les résultats sur les stratégies, les plans, les leçons apprises et les résultats consécutifs au travail avec les systèmes nationaux et à l'inclusion des réfugiés.</li> <li>• Promouvoir un accès équitable aux programmes de santé scolaire pour les enfants réfugiés et les adolescents, à l'instar des nationaux, y compris une éducation sexuelle complète, avec la prévention et la réponse à la violence basée sur le genre (VBG) et l'exploitation et les abus sexuels.</li> <li>• Explorer les écoles comme l'occasion de mettre en œuvre des interventions en matière de santé et de nutrition en conformité avec les politiques nationales, telles que la santé sexuelle et reproductive, le traitement et la prévention de l'anémie chez les adolescentes, la surveillance du poids et de la taille et le dépistage de la malnutrition, le déparasitage, le dépistage des troubles de la vue et de l'audition, la vaccination, la prévention du suicide et les activités relevant de la SMSPS.<sup>40</sup></li> <li>• Favoriser l'accès aux programmes d'alimentation scolaire pour fidéliser les enfants, en particulier les adolescents.</li> <li>• Favoriser l'accès à l'eau potable, de bonnes installations sanitaires et le lavage des mains.</li> <li>• Élaborer des procédures claires pour l'identification et les critères de référence entre l'éducation et les services de santé et de nutrition.</li> </ul>

<sup>40</sup> <https://www.globalpartnership.org/content/better-education-outcomes-through-school-health-interventions-factsheet>

# OBJECTIF STRATÉGIQUE 5

## Engager activement les collectivités dans des activités visant à promouvoir et à maintenir leur santé

Les personnes et les communautés dans lesquelles elles sont nées, ont été élevées, vivent, travaillent et jouent sont au cœur de la prestation de services de santé intégrés et centrés sur les personnes. Les collectivités doivent être au centre des mesures visant à améliorer la qualité des services de santé, l'accès à ceux-ci et leur équité ainsi que la réalisation de la CSU. Dans le cadre des travaux du HCR, il est devenu essentiel de mettre l'accent sur l'engagement communautaire en raison de la complexité des problèmes de santé liés au déplacement de la population, des capacités et de la résilience des systèmes de santé et des populations qu'ils servent.

La santé communautaire est un élément essentiel du continuum des soins de santé primaires pour répondre aux besoins de santé des personnes, en tenant compte de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de diversité.

La santé communautaire englobe<sup>41</sup> :

- Activités de promotion de la santé et de prestation de services qui se produisent principalement à l'extérieur d'un établissement de santé, comme le dépistage nutritionnel à l'aide de l'approche de la mesure du périmètre brachial par les familles et des agents de santé communautaires (ASC), des activités de vaccination supplémentaires et des dialogues communautaires relatifs à la santé et à la nutrition.
- L'offre et la demande de soins de santé, y compris les activités que les membres de la collectivité entreprennent à titre d'agents de leur propre santé.
- Les ASC sont l'un des nombreux canaux de distribution.
- Les ASC sont intégrés dans le système de santé formel.
- Liens avec un système communautaire multisectoriel plus large.

Une approche solide en matière de santé communautaire peut sauver des vies, accroître l'accès aux soins, contribuer à contenir les épidémies, contribuer à répondre à d'autres urgences, maintenir les soins de santé abordables, tout en assurant un retour économique positif, promouvoir les moyens de subsistance, responsabiliser les femmes et les filles et améliorer la résilience de la collectivité.

Un élément essentiel d'une approche solide de la santé communautaire est le personnel de santé communautaire. Tirer parti du potentiel individuel et collectif des agents de santé communautaires, y compris dans les situations de réfugiés et de déplacés internes (PDI), peut aider à surmonter certains des défis auxquels sont confrontés les personnels de santé et accélérer la progression vers la CSU ainsi que contribuer à répondre à de multiples besoins prioritaires en matière de santé grâce à des approches intégrées au niveau communautaire. Le personnel de santé communautaire joue un rôle essentiel dans la prestation de services adaptés en réponse à la pandémie de COVID-19.

<sup>41</sup> <https://www.communityhealthroadmap.org/>

## RÔLES DES AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

- Contribuer à la préparation et à l'intervention d'urgence en cas d'épidémie, de préparation aux catastrophes, de nouveaux afflux ou de nouveaux déplacements de personnes.
- Contribuer au contrôle des maladies par la surveillance au niveau des ménages, l'éducation communautaire, le soutien à la fourniture de vaccins et la distribution de médicaments ainsi que la référence vers des traitements.
- Assurer des soins préventifs, l'éducation et la promotion de l'hygiène.
- Traiter des conditions communes non compliquées, par exemple la diarrhée aiguë, avec des solutions de réhydratation orales (Oral Rehydration Solutions, ORS) et du zinc.
- Effectuer des visites à domicile pendant la grossesse et pendant la période postnatale de la mère et du nouveau-né, y compris un suivi spécifique pour les mères pratiquant des soins maternels de type kangourou à la maison.
- Pratiquer des interventions vitales plus tôt et à faible coût (comme la gestion des cas communautaires de pneumonie infantile et de soins néonataux à domicile).
- Contribuer à la gestion des maladies chroniques par exemple en soutenant l'observance des traitements contre la tuberculose, le VIH, le diabète et l'hypertension, y compris les mécanismes de fourniture de traitements adaptés liés à COVID-19.
- Distribution communautaire des contraceptifs.
- Soutien à la gestion externe de la malnutrition aiguë, suivi par les agents de santé communautaires (ASC) des nouveaux participants et éventuels patients ayant échappé à ce recrutement, et mise à disposition de services d'information, d'éducation et de communication (IEC).
- Établir des liens de référence et de contre-référence avec des établissements de santé.

Il existe de solides arguments en faveur de l'investissement dans les ASC en tant que composante des soins de santé primaire. L'investissement dans les ASC apporte d'autres avantages aux communautés :

- **en autonomisant les femmes** : l'emploi d'un nombre important de femmes dans la prestation de soins de santé peut représenter une étape significative vers l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes, avec des avantages économiques et sociaux importants pour la femme elle-même ainsi que pour sa famille et sa communauté.
- **en réduisant les coûts pour les ménages** : les systèmes d'ASC peuvent réduire les coûts en apportant des soins beaucoup moins coûteux ou gratuits aux ménages.
- **en appuyant la collecte de données, y compris l'enregistrement d'état civil et les statistiques vitales** : les ASC constituent une main-d'œuvre essentielle pour combler les lacunes en matière de données, enregistrer les naissances et les décès dans leurs communautés et alimenter le système d'enregistrement des faits d'état civil.

- **en permettant un élargissement de la prestation de services non-médicaux** : les ASC peuvent également être utilisés pour diffuser de nouvelles pratiques agricoles utiles et pour soutenir l'éducation (par exemple en favorisant la fréquentation de l'école par les enfants).
- **en promouvant des communautés fortes et autonomes** : les ASC peuvent jouer un rôle important dans la construction et le renforcement des communautés dans lesquelles ils opèrent. Les ASC font nécessairement partie des communautés qu'ils servent, et leurs activités peuvent contribuer à réunir les communautés autour d'objectifs communs d'amélioration de la santé. De plus, les ASC peuvent fonctionner comme la voix de la collectivité dans le système de santé, servant de source de communication bidirectionnelle entre les autorités sanitaires de haut niveau et les collectivités.

Par le passé, le HCR s'est concentré sur la santé communautaire dans les camps de réfugiés et les installations informelles. L'expérience récente a montré l'importance d'activités de santé communautaires, de bon sens et adéquatement soutenues en dehors des camps, y compris dans les milieux urbains. Avec cette stratégie, le HCR renforcera les systèmes de santé communautaires des réfugiés dans une série de contextes, conformément aux politiques et stratégies nationales de santé communautaire, renforcera les capacités des réfugiés et favorisera la résilience.

## Résultat 1 : Renforcer la participation, la consultation et l'autonomisation des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR

### Mesures de facilitation

- Continuer d'élaborer et d'appuyer des processus consultatifs permettant aux réfugiés et aux membres de la communauté d'accueil d'aider à concevoir des réponses appropriées, accessibles et inclusives.
- Conformément au principe de Responsabilité envers les personnes touchées, continuer à soutenir une communication bilatérale efficace avec les communautés et des mécanismes sûrs et efficaces de réclamation et de retour d'information.
- Conformément à l'âge, au genre et à la diversité, évaluer les divers besoins des femmes, des filles, des hommes, des garçons, des personnes handicapées, des personnes LGBTQ+, des adolescents et des jeunes, ainsi que des programmations ultérieures pour tenir compte de ces besoins, y compris par le biais de liens avec des mécanismes de protection communautaires.
- Promouvoir la participation communautaire des réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR aux activités de conception, de la mise en œuvre, au suivi et à l'évaluation, avec des garanties appropriées contre l'exploitation et les abus sexuels.

- Issus des communautés qu'ils servent, les agents de santé communautaires sont représentatifs de celles-ci, avec un équilibre entre les sexes et une sensibilité à la diversité des nationalités, des ethnies, des langues et des religions.
- Dans la mesure du possible, les réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR participent activement aux comités de gestion des services de santé.

## PERSONNEL DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE - BONNES PRATIQUES

- Les ASC sont considérés comme faisant partie des équipes de soins de santé primaire communautaires intégrés et d'un système de santé plus vaste et axé sur l'équité, plutôt que d'un ensemble d'agents autonomes.
- Les agents de santé communautaires et les établissements de niveau inférieur ont une capacité de référence sanitaire suffisante pour que les personnes puissent être traitées de manière appropriée et fiable dans les établissements de niveau supérieur lorsque cela est nécessaire.
- Conformément aux approches nationales en matière de santé, assurer une rémunération et des incitations appropriées aux agents de santé communautaires ainsi qu'une supervision de soutien.
- Assurer la qualité et l'efficacité des programmes de santé communautaire en fournissant un nombre minimum de ASC en fonction du contexte (par exemple, 1 pour 1 000 habitants) et de superviseurs d'ASC (par exemple, 1 pour 10 ASC), avec une formation régulière et une supervision de soutien.
- Les éducateurs pairs peuvent être efficaces pour la santé des adolescents et des jeunes, le VIH et d'autres domaines, notamment pour ce qui concerne leur capacité à établir un lien avec les services de santé formels.
- Mobiliser des membres respectés de la communauté pour promouvoir des comportements sains ou la recherche de la santé, par exemple en recyclant les accoucheuses traditionnelles en promotrices de la maternité sans risque, ou en reconnaissant les mères « modèles » qui encouragent l'allaitement maternel ou l'accouchement en établissement, par exemple.
- Soutenir les groupes communautaires qui œuvrent à un objectif commun, comme le développement de jardins de cuisine communautaire, lier les moyens de subsistance et le soutien social aux messages de promotion de la santé.



© HCR/David Azia  
Bangladesh. L'agent de santé communautaire effectue des visites à domicile

## Résultat 2 : Les communautés de réfugiés sont engagées dans une approche de santé communautaire forte et adaptée au contexte et en bénéficient (zones urbaines, rurales dispersées, camps, zones à revenus faibles ou moyens)

### Mesures de facilitation

- Développer, concevoir et soutenir une approche de santé communautaire fondée sur les bonnes pratiques connues<sup>42</sup>.
- Envisager la mobilisation communautaire par l'intermédiaire de groupes de réflexion et d'action participative.
- Rôles des agents de santé communautaires adaptés aux principales causes de morbidité et de mortalité, aux priorités nationales et à la capacité du système de santé.
- Le personnel de santé communautaire a des connaissances sur les messages prioritaires de santé publique, de santé sexuelle et reproductive, de SMSPS et de nutrition sur lesquelles il s'appuie afin de promouvoir des approches intégrées.

## Résultat 3 : Les milieux des réfugiés et des autres populations relevant de la compétence du HCR disposent de systèmes fonctionnels de communication des risques sanitaires, de promotion de la santé et des changements de comportement

### Mesures de facilitation

- Lorsqu'il n'existe pas d'agents de santé communautaires spécifiques au secteur, utiliser d'autres intervenants communautaires de proximité pour fournir, au minimum, de l'information sur les services de santé disponibles et un système de retour d'information.
- Développer et maintenir un système de communication pour le changement de comportement sanitaire et social qui comprend une consultation et un engagement avec les communautés pour mieux comprendre les dynamiques sociales, culturelles et de pouvoir, identifier les obstacles à l'adoption des comportements souhaités et identifier les influenceurs clés.

<sup>42</sup> Directives de l'OMS sur la politique de santé et l'accompagnement au sein du système en vue d'optimiser les programmes relatifs aux agents de santé communautaires 2018

- Fixer des objectifs relatifs au comportement et la communication.
- Mettre l'accent sur la communication bidirectionnelle et l'utilisation de canaux multiples de communication adaptés au contexte et aux préférences de l'auditoire, tels que les médias sociaux, les permanences téléphoniques, les 'arbres' WhatsApp, le service de messages courts (SMS), les médias traditionnels, l'art, la musique et la danse locaux.
- Adaptations (linguistique, niveau d'alphabétisation et culture) afin de faciliter une communication efficace avec les réfugiés. Par exemple, utilisation de traducteurs, messages sur la santé en langage approprié, tenant compte du niveau d'alphabétisation, format et préférences.
- Promouvoir l'utilisation des mécanismes de retour d'information communautaires existants afin que les croyances, les préoccupations et les suggestions communautaires soient entendues ; veiller à informer la collectivité des mesures prises ou des raisons de ne pas prendre de mesures fondées sur les retours d'information reçus.

#### Résultat 4 : Suivi des programmes de santé communautaire, y compris les systèmes communautaires de collecte de données



##### Mesures de facilitation

- Au minimum, les informations sur les naissances et les décès sont collectées, rassemblées, analysées et communiquées avec la pleine participation des membres de la communauté y compris, le cas échéant, pour alimenter le système d'information sanitaire ou les systèmes nationaux de collecte de données.
- Utiliser des technologies telles que les téléphones portables et les SMS pour permettre aux ASC de stocker et de transmettre rapidement des informations aux destinataires concernés en tenant compte des principes de protection des données.
- Élaborer un ensemble d'indicateurs clés pour les programmes de santé communautaire. Surveiller les produits et les résultats des activités de santé communautaire, notamment dans le cadre de sessions régulières de supervision et d'un suivi des données basé sur les résultats, les réactions de la communauté et les indicateurs de performance.

#### Suivi de la stratégie globale pour la santé publique

Le HCR assurera un suivi de la stratégie au moyen de ses systèmes de surveillance existants, y compris en mesurant les progrès par rapport aux données de référence. Un examen à mi-parcours et final sera effectué sur la mise en œuvre globale de la stratégie.

Les bureaux du HCR planifient et assurent un suivi des résultats liés à la santé dans le cadre de leur stratégie pluriannuelle. Pour chaque stratégie, les bureaux élaborent un cadre de résultats par pays qui précise les impacts, les résultats et les extrants liés à la santé que le HCR

entend atteindre en partenariat avec les principales parties prenantes et conformément aux orientations stratégiques du HCR et à la Stratégie globale de santé publique. Le cas échéant, les bureaux formulent leurs résultats pour refléter l'inclusion et l'intégration prévues dans les systèmes et services de santé nationaux.

Les résultats de santé par pays sont mesurés en fonction de l'impact, des résultats et des niveaux de réalisation pour les pays ayant des programmes de santé. Les bureaux du HCR utilisent des indicateurs de résultats pour établir une base de référence en fonction de laquelle mesurer les progrès réalisés, assurer un suivi de la réalisation des objectifs et appuyer la supervision et la responsabilité auprès des populations touchées et de l'organe de direction du HCR. Les résultats sont examinés systématiquement et font l'objet d'un rapport annuel.

Pour obtenir des mesures standardisées, contribuer aux objectifs et ne laisser personne en arrière, les indicateurs d'impact et de résultat du HCR sont alignés sur l'ODD 3 et les indicateurs de bonne santé et de bien-être.

Les indicateurs de résultats et de processus sont également alignés sur les indicateurs de bonnes pratiques, notamment ceux de l'ODD 3 et du manuel Sphère. Le suivi de l'état de santé des populations relevant de la compétence du HCR et de l'accès aux services repose sur des informations approfondies provenant de diverses sources, notamment le Système intégré d'information sur la santé des réfugiés du HCR, où il est utilisé, des enquêtes nutritionnelles standardisées élargies (Standardized Expanded Nutrition Surveys, SENS), des Enquêtes sur l'accès aux services de santé et leur utilisation, un suivi de la protection et des évaluations participatives avec des personnes relevant de la compétence du HCR.

Reconnaissant l'importance de la réponse aux urgences, le HCR assurera systématiquement un suivi de l'efficacité de celle-ci concernant la santé des réfugiés dans les situations d'urgence de niveau L2 et L3 par le biais du système d'information sur la santé, des indicateurs de base pertinents et d'un cadre de responsabilisation. À partir de 2022, les bureaux planifieront leurs interventions en cas d'urgence, y compris leur intervention en matière de santé par l'intermédiaire de COMPASS, l'outil de gestion axée sur les résultats (RBM) du HCR.

Reconnaissant l'importance du rôle des systèmes de santé nationaux dans la prestation de soins aux réfugiés et aux demandeurs d'asile et dans le soutien de ces systèmes, le HCR évaluera et assurera systématiquement un suivi sur l'état d'inclusion des personnes dans les systèmes de santé nationaux et les progrès réalisés dans le temps (tous les 2 ans).

Le HCR procédera à un examen à mi-parcours ainsi qu'à la fin de la stratégie afin d'évaluer la contribution globale à l'amélioration des résultats en matière de santé pour les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR et les progrès dans la réalisation des objectifs, ainsi que de documenter les leçons tirées et d'éclairer l'orientation stratégique future.



© HCR/Kamrul Hasan

Bangladesh. Les centres du HCR traitent les réfugiés et les patients du Bangladesh contre la Covid-19

## ANNEXE 1

# ÉLABORATION DE STRATÉGIES DE SANTÉ PUBLIQUE DANS LES OPÉRATIONS DE SECOURS AUX RÉFUGIÉS

La santé publique, y compris la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et la SMSPS, fera partie intégrante des processus de planification de la gestion basée sur les résultats des opérations du HCR, y compris l'analyse des situations, l'élaboration de plans stratégiques pluriannuels, le suivi et les examens annuels de l'état d'avancement des projets. Dans le cadre de certaines opérations, des plans d'intervention plus détaillés peuvent être nécessaires pour guider les interventions en santé publique interorganisations visant à appuyer les plans d'inclusion et d'intégration à moyen et long terme avec les gouvernements et d'autres intervenants. Ils doivent être pleinement alignés sur les stratégies intermédiaires ou pluriannuelles élaborées dans le cadre des processus de gestion basée sur les résultats du HCR, et les rapports resteront conformes aux exigences de la gestion basée sur

les résultats. Il y a trois situations dans lesquelles des plans d'intervention particuliers en matière de santé peuvent être envisagés :

### 1. Nouvelles situations d'urgence de niveaux 2 et 3 concernant les réfugiés

Dans les situations d'urgence concernant les réfugiés dans les pays à faible et moyen revenu, on considère ce qui suit :

- Dans les situations d'urgence concernant les réfugiés, et en particulier les niveaux d'urgence 2 ou 3, un plan d'intervention en cas d'urgence de santé publique peut être envisagé pour guider l'ensemble d'une intervention interorganisations en santé publique coordonnée.
- Le plan d'intervention devra être mis à jour au fur et à mesure de l'évolution de la situation et sous la direction du groupe de coordination du ministère et du secteur de la santé.
- Le plan d'intervention éclairera les composantes de la santé, de la nutrition et de la SMSPS des documents clés comme le plan d'intervention concernant les réfugiés (PRR).
- Les plans d'urgence élaborés dans Compass comprendront également les éléments du plan d'intervention de santé publique.
- Au-delà de la phase aiguë de l'urgence, le plan de santé publique sera intégré dans les processus de planification stratégique pluriannuelle des opérations par pays.



## 2. Plan pluriannuel d'intervention de santé publique par pays/au niveau national

L'élaboration d'un plan pluriannuel d'intervention de santé publique par pays/au niveau national, y compris la santé sexuelle et reproductive, la nutrition et la SMSPS,<sup>1</sup> en coordination avec les ministères de la santé, les partenaires de la santé/nutrition et les bénéficiaires, peut être envisagée dans les situations suivantes :

- Pays/opérations dont les dépenses totales sont supérieures à 1 000 000 USD dans la zone de résultat Vies Saines à la fin de l'année précédente **ET** avec plus de 50 000 réfugiés ou personnes en situation de réfugié, à la fin du mois de décembre de l'année précédente.
- Il est recommandé de contrôler chaque année la mise en œuvre du plan d'intervention et de mettre celui-ci à jour si nécessaire (idéalement au moins tous les trois ans), sauf en cas de changement important du contexte opérationnel qui ne soit pas couvert de manière adéquate par le plan existant et qui ne puisse pas être traité grâce à un plan supplémentaire, par exemple en cas de nouvelle urgence.
- Le plan national peut inclure les différents contextes opérationnels infra-nationaux, les priorités et les actions dans les camps et en dehors de ceux-ci, y compris les zones urbaines et rurales dispersées.
- Des plans infra-nationaux pour des situations spécifiques ou lorsque des aspects opérationnels spécifiques de la situation, tels que les nouvelles urgences, ne sont pas couverts de manière adéquate par le plan national peuvent être examinés.

## 3. Plans d'inclusion et d'intégration à moyen et long terme

Des plans pluriannuels d'inclusion et d'intégration multipartite de la santé peuvent être envisagés lorsqu'il existe d'importantes possibilités de faire progresser l'inclusion des réfugiés et, le cas échéant, d'autres personnes relevant de la compétence du HCR dans les plans de développement nationaux, les politiques, les stratégies et/ou l'intégration dans la prestation de services de façon durable. Ceux-ci peuvent faire partie d'un plan d'inclusion et d'intégration multisectoriel.

- Dans les pays où cela est considéré comme faisable (par exemple, le soutien politique national, le soutien des donateurs humanitaires et pour le développement, la capacité du système de santé et la portée géographique sont également favorables, les risques de protection pris en compte), le HCR pourrait coordonner le développement d'un plan de cinq à sept ans au niveau national en collaboration avec les ministères de la santé, les ministères des finances, d'autres agences des Nations Unies telles que l'OMS, l'OIT, l'UNICEF, les ONG nationales et internationales partenaires, la Banque mondiale, les banques régionales de développement, les donateurs humanitaires et pour le développement, afin de progresser vers une plus grande inclusion dans les politiques et stratégies nationales et l'intégration dans la prestation de services.
- L'objectif consiste à améliorer l'inclusion et l'accès et, dans la mesure du possible, l'intégration des réfugiés dans les politiques, plans, stratégies et systèmes de prestation de services de santé nationaux.
- Il est recommandé que les plans pluriannuels d'inclusion/intégration dans le domaine de la santé au niveau national comportent des étapes périodiques (par exemple, semestrielles/annuelles) avec des contributions convenues par le HCR et d'autres acteurs, soutenues par des avancées en matière de politique ou de prestation de services.
- Ces jalons doivent être recalibrés sur la base d'un examen annuel multipartite recommandé par le ministère compétent.

<sup>1</sup> Par exemple, [Plan d'intervention humanitaire en Jordanie dans le secteur de la santé 2019-2020](#).

## ANNEXE 2 : ORIENTATIONS PROGRAMMATIQUES

### A) FICHE TECHNIQUE : NUTRITION

---

#### ACRONYMES

AMS	Assemblée mondiale de la santé
ANJE	Alimentation du nourrisson et du jeune enfant
ATPE	Aliment thérapeutique prêt à l'emploi
BSFP	Programme d'alimentation supplémentaire
DJE	Développement du jeune enfant
EHA	Eau, hygiène et assainissement
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FBM	Surveillance du panier alimentaire
FEFA	Femmes enceintes ou allaitantes
GFD	Distribution générale de vivres
HAUS	Enquête sur l'accès aux services de santé et leur utilisation
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
iRHIS	Système intégré d'information sur la santé des réfugiés
JAM	Mission d'évaluation conjointe
LNS	Suppléments nutritionnels à base de lipides
MAG	Malnutrition aiguë globale
MAM	Malnutrition aiguë modérée
MAS	Malnutrition aiguë sévère
MILDA	Moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action
MPG	Allocation en espèces à usages multiples
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
PAM	Programme alimentaire mondial
PB	Périmètre brachial
PCMA	Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë
PDM	Suivi post-distribution
PID	Pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent
PNC	Soins postnatals
SENS	Enquête nutritionnelle standardisée élargie
SPC	Surveillance et promotion de la croissance
SPN	Soins prénatals
SQ-LNS	Supplément nutritionnel à base de liquide en petite quantité
SSP	Soins de santé primaire
TB	Tuberculose
TPI	Traitement préventif intermittent
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine



© HCR/Sebastian Rich

Kenya. Prise en charge des enfants réfugiés dans un service pédiatrique de Kakuma

## 1. INTRODUCTION

La garantie d'une nutrition adéquate tout au long du cycle de vie et l'élimination de toutes les formes de malnutrition sont reconnues comme faisant partie intégrante de l'accomplissement du mandat de protection du HCR. La dénutrition englobe les retards de croissance, l'émaciation et les carences en micronutriments qui constituent une forme de l'état connu sous le nom de malnutrition, l'obésité ou la surconsommation d'aliments spécifiques en constituant une autre forme. Dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire, le problème croissant de l'obésité et de la surcharge pondérale coexistent avec la sous-nutrition des populations. C'est ce que l'on appelle le « double fardeau de la malnutrition ».

En 2019, 47 millions d'enfants de moins de cinq ans étaient émaciés, 144 millions souffraient d'un retard de croissance et 124 pays présentaient une prévalence de l'anémie supérieure à 20 % chez les enfants de moins de cinq ans, ce qui met en évidence les problèmes de santé et de développement économique les plus importants au niveau mondial<sup>1</sup>. Dans le but de rallier la communauté internationale autour de l'amélioration de la nutrition, l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) a approuvé en 2012 les tout premiers objectifs nutritionnels mondiaux, axés sur six domaines : les retards de croissance, l'anémie, l'insuffisance pondérale à la naissance, la surcharge pondérale chez l'enfant, l'allaitement maternel et l'émaciation. En 2015, le monde s'est engagé à éliminer toutes les formes de malnutrition d'ici 2030 dans le cadre des Objectifs de développement durable (ODD 2 - Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire et améliorer la nutrition, et promouvoir une agriculture durable). En 2019, l'OMS, la FAO, le HCR, l'UNICEF et le PAM ont élaboré le Plan d'action mondial (PAM) qui décrit les actions prioritaires en matière de prévention et de traitement de l'émaciation chez l'enfant.

La pandémie de COVID-19, qui a débuté en décembre 2019, continue de menacer la sécurité alimentaire et nutritionnelle dans le monde entier. L'Aperçu humanitaire mondial 2020 prévoyait 235 millions de personnes ayant besoin d'aide humanitaire et de protection en 2021, soit le chiffre le plus élevé depuis dix ans. Bien que les données sur les résultats nutritionnels soient limitées en 2020 en raison des restrictions dues à la COVID-19, les données disponibles indiquent une insécurité alimentaire accrue, une vulnérabilité économique et des problèmes de santé qui ont probablement un impact négatif sur la nutrition des réfugiés.

Le déplacement est un choc majeur, associé à la restriction des droits, à la rupture des moyens de subsistance et à l'accès limité aux systèmes nationaux, entraînant souvent l'insécurité alimentaire et la sous-nutrition. Dans les opérations concernant les réfugiés, la protection, la sécurité alimentaire et la nutrition sont étroitement liées. Les réfugiés sont souvent privés du droit à la terre, à l'emploi, à la possibilité de développer des entreprises ou à la liberté de mouvement, ce qui limite considérablement leur capacité à développer des moyens de subsistance et à accéder à des revenus. Ils restent donc souvent dépendants de l'aide humanitaire pour satisfaire leurs besoins de base. La sous-nutrition des enfants et des mères constitue un défi majeur dans de nombreuses situations des réfugiés.

En 2019, 61 % des 77 sites ayant réalisé des évaluations nutritionnelles présentaient moins de 10 % de malnutrition aiguë globale (MAG), tandis que 13 % (10 sites) enregistraient une prévalence de MAG égale ou supérieure au seuil d'urgence de 15 %. 50 % des 77 sites enregistraient une prévalence des retards de croissance supérieure ou égale au niveau critique de 30 %. 32 % des sites enregistraient une prévalence de l'anémie infantile qui était critique - supérieure à 40 %. Cela met en évidence le fardeau multiple des différentes formes de malnutrition,

<sup>1</sup> Estimations conjointes de l'UNICEF, de l'OMS et du Groupe de la Banque mondiale sur la malnutrition des enfants, 2020

y compris l'émaciation, les retards de croissance et les carences en micronutriments. La malnutrition et les carences en micronutriments peuvent entraîner des retards de développement irréversibles, des retards de croissance et la mort, avec des répercussions sur la survie à court terme et sur la capacité économique et productive à long terme.

Le HCR s'emploie activement à réduire la sous-nutrition dans les populations de réfugiés, aux côtés des gouvernements et des partenaires d'accueil. Conformément au Pacte mondial pour les réfugiés, le HCR préconise l'inclusion des réfugiés dans les systèmes de santé nationaux et soutient l'accès à des services de santé et de nutrition de qualité. S'attaquer aux causes sous-jacentes de la malnutrition nécessite une approche multisectorielle.

Au sein du HCR, les responsables de la nutrition et de la sécurité alimentaire ou les responsables de la santé publique (lorsqu'il n'existe pas de poste de responsable de la nutrition et de la sécurité alimentaire) collaborent avec leurs collègues chargés des moyens de subsistance et de l'inclusion économique, des allocations en espèces, du développement, des abris, de la protection, de l'éducation et de la gestion des données afin de garantir les liens et l'alignement de la programmation en matière de résultats nutritionnels. Ils sont également responsables de la coordination entre tous les partenaires et d'autres groupes sectoriels de coordination des réfugiés tels que la santé, l'EHA, les clusters de protection de l'enfance ou de nutrition et la sécurité alimentaire, ainsi que divers groupes de travail techniques nationaux sur la nutrition afin d'assurer un lien étroit entre tous les secteurs afin d'assurer la sécurité alimentaire et nutritionnelle des réfugiés.

Les contextes des réfugiés sont très différents et il existe des difficultés à accéder et à soutenir la nutrition et les services essentiels, en particulier lorsque les réfugiés

résident au sein des communautés locales. Le traitement de la malnutrition peut également être difficile lorsque celle-ci est perçue comme honteuse et indiquant que l'on n'est pas en mesure d'assurer la sécurité alimentaire de la famille. Cette stigmatisation peut constituer un obstacle à l'accès aux soins de santé, car elle pourrait empêcher les patients de rechercher des services de santé.

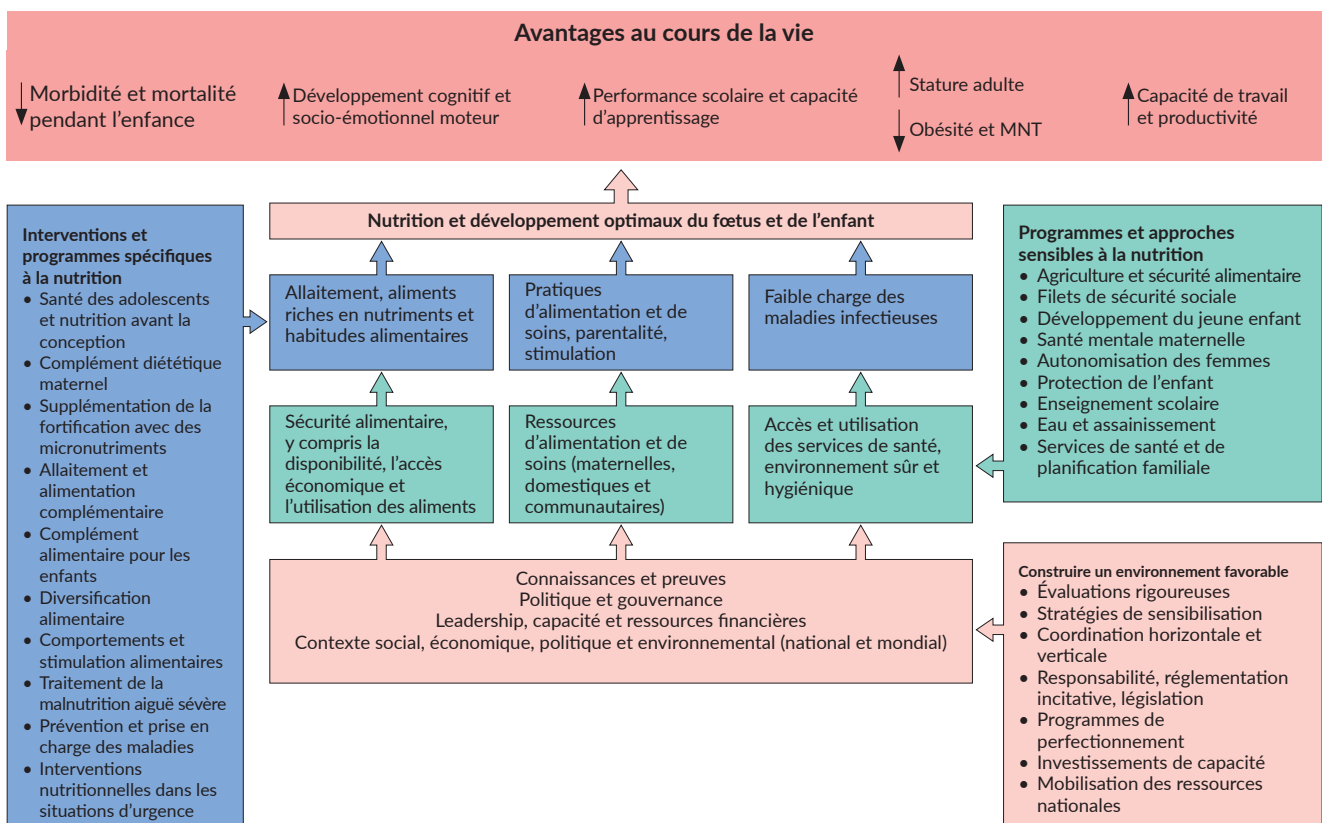
## 2. CADRE DIRECTEUR POUR DES RÉSULTATS NUTRITIONNELS OPTIMAUX

Compte tenu des causes multiples de la malnutrition maternelle et infantile, la gamme d'actions visant à obtenir une nutrition optimale est vaste et très contextuelle. Les interventions possibles sont décrites dans le cadre d'action ci-dessous, résumé dans la série Lancet 2013 sur la base d'un examen portant sur 36 pays (Figure 1).

En se fondant sur les trois niveaux d'action énoncés dans le cadre ci-dessus, le HCR a défini cinq domaines prioritaires, en ce qui concerne la programmation dans les milieux de réfugiés, notamment :

- Prévention de toutes les formes de malnutrition en favorisant l'accès à une alimentation saine et abordable et à des services de base.**
- Amélioration de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE).**
- Gestion de la malnutrition aiguë.**
- Gestion de l'anémie et d'autres carences en micronutriments.**
- Prévention de l'obésité et lien avec les maladies chroniques.**

Figure 1 - Cadre d'action pour parvenir à une nutrition et à un développement optimaux pour le fœtus et l'enfant



### 3. ACTIONS PRIORITAIRES POUR LA NUTRITION

#### a) Prévention de toutes les formes de malnutrition en favorisant l'accès à une alimentation saine et abordable et à des services de base

La collaboration entre le HCR et le PAM garantit la fourniture adéquate, suffisante et en temps opportun de l'aide alimentaire et de l'aide non alimentaire complémentaire, conformément au protocole d'entente (2011). Les deux organisations s'engagent à soutenir des efforts durables en faveur de la sécurité alimentaire et de la nutrition des réfugiés grâce à une plus grande [confiance en soi](#) et à [l'inclusion économique](#).

L'élément clé pour prévenir toutes les formes de malnutrition consiste à parvenir à la nutrition et à la sécurité alimentaire. Cela nécessite une collaboration multisectorielle et des efforts à long terme pour combler les lacunes à court terme tout en impliquant des parties prenantes plus larges pour une plus grande inclusion et une nutrition et une sécurité alimentaire durables.

Plus généralement, les causes profondes de la malnutrition sont abordées au moyen d'une stratégie multipartite comprenant, sans s'y limiter, la sécurité alimentaire, les moyens de subsistance, l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène (EHA), la santé et la protection.



**Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

**Soutenir et promouvoir la sécurité alimentaire à court et à long terme**

- [Évaluer conjointement avec le PAM la sécurité alimentaire des réfugiés et leurs besoins de base](#) et [cibler](#) la nourriture et les autres aides de base sur ceux qui en ont le plus besoin.
- Plaider en faveur d'une aide alimentaire en nature fournissant un panier alimentaire adéquat et de qualité et des denrées alimentaires enrichies afin de s'assurer que les besoins nutritionnels soient satisfaits.
- Plaider en faveur de la valeur de transfert des espèces pour couvrir les besoins nutritionnels lorsque le principe de la multifonction est utilisé comme mode d'aide/de soutien.
- Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR dans les programmes nationaux d'alimentation, de nutrition et d'aide sociale.
- Soutenir le développement de [moyens de subsistance](#) adaptés au contexte et [sensibles à la nutrition](#), ainsi qu'une agriculture sensible à la nutrition et intelligente sur le plan climatique (Climate SMART Agriculture, SMART)<sup>2</sup>.
- Promouvoir les opportunités pour les femmes de participer aux activités de génération de revenus.
- Soutenir l'accès aux services financiers (épargne et crédit).

**Prévenir la malnutrition dans les groupes à risque**

- Promouvoir le Programme de couverture en supplémentation alimentaire pour les enfants âgés de 6 à 23 mois en utilisant un supplément riche en nutriments lorsqu'un régime alimentaire adéquat n'est pas possible et élargir le groupe d'âge à 6-59 mois, lorsque la prévalence de la MAG est  $\geq 15\%$  ou que la MAG est  $> 10\%$  avec des facteurs aggravants.
- Plaider en faveur de l'inclusion des femmes enceintes et allaitantes, et envisager d'ajouter des patients atteints du VIH et de la tuberculose, des malades chroniques, des personnes âgées ou des adolescents lorsque leur état nutritionnel est préoccupant.
- Fournir de l'éducation nutritionnelle et des démonstrations de cuisine pour soutenir la consommation d'une alimentation saine et une préparation des aliments adaptée à l'optimisation de l'apport nutritionnel.
- Identifier et promouvoir l'accès, la disponibilité et l'utilisation d'aliments riches en nutriments.

**Soutenir et promouvoir le soutien nutritionnel dans les cliniques/centres de santé**

- Améliorer l'accès aux soins de santé et aux traitements, car la maladie et la malnutrition constituent un cercle vicieux synergique.
- Préconiser le dépistage systématique de la malnutrition chez les enfants de 0 à 59 mois, les femmes enceintes ou allaitantes, et tous les patients à risque de malnutrition dans les différents points de contact des établissements de santé.
- Préconiser des actions préventives chez les enfants de 0-59 mois telles que la vaccination, le déparasitage et l'absorption bisannuelle de [vitamine A](#).
- Préconiser la supplémentation en [fer](#), en [acide folique](#) et en [calcium](#) pour les femmes enceintes et la fourniture de [suppléments en fer aux adolescentes et aux femmes adultes](#) dans les zones à forte prévalence d'anémie ( $\geq 40\%$ ).

**Soutenir et promouvoir les interventions sur l'eau, l'assainissement, l'énergie et les abris qui favorisent des résultats nutritionnels positifs**

- Préconiser et fournir un accès à l'eau et à l'assainissement sûrs, de qualité et en quantité suffisante.
- Fournir une formation sur la manipulation, la préparation et le stockage sûrs des aliments.
- Fournir une éducation sur les bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement à tous les niveaux afin de promouvoir des environnements propres qui protègent l'utilisation des nutriments.
- Préconiser et fournir l'accès à une énergie propre pour la cuisine, le cas échéant.
- Préconiser et fournir l'accès à un refuge approprié et prioriser les ménages avec des membres vulnérables sur le plan nutritionnel.

**Soutenir et promouvoir la nutrition par la protection et l'éducation**

- Plaider en faveur du droit à l'alimentation et à la nutrition pour les réfugiés afin d'éviter la vulnérabilité croissante aux risques de protection associés au déplacement et à l'insécurité alimentaire.

<sup>2</sup> Climate-Smart Agriculture est un système agricole qui augmente durablement la productivité, améliore la résilience aux risques induits par le climat, réduit/élimine les GES lorsque cela est possible, et améliore la réalisation des objectifs nationaux de sécurité alimentaire et de développement (FAO 2013)

- Plaider en faveur d'un environnement de protection globalement favorable pour combler les lacunes en matière de protection qui pourraient avoir une incidence sur la sécurité alimentaire et nutritionnelle.
- Plaider en faveur de la prestation de services de nutrition essentiels par l'intermédiaire des différentes plateformes éducatives, y compris l'alimentation scolaire, l'éducation nutritionnelle et la prévention des carences en micronutriments.

## b) Amélioration de l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants (ANJE)

L'amélioration des pratiques de l'ANJE peut avoir un impact significatif sur la prévention et le traitement de la malnutrition. Les interventions relatives à l'ANJE visent à protéger et à soutenir les besoins nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants, allaités ou non, ainsi que ceux de la mère, étant entendu que la nutrition d'un enfant commence dès la conception, conformément à l'approche des Mille premiers jours. La coordination multisectorielle et les objectifs partagés sont essentiels pour améliorer les pratiques de l'ANJE et des soins. Des informations détaillées à ce sujet sont disponibles dans le document ANJE dans les situations de réfugiés - Cadre multisectoriel pour des lignes directrices d'action du HCR.

 **Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

### Sensibilisation

- Promouvoir auprès des intervenants concernés la protection, la promotion et le soutien de l'ANJE et des activités de développement du jeune enfant (DPE). Ces activités doivent être intégrées dans la programmation nutritionnelle, y compris en cas d'urgence et dans d'autres secteurs.
- Promouvoir le cadre multisectoriel de l'ANJE pour le déploiement de l'action.

### Liens de santé publique

- Promouvoir la nutrition maternelle en veillant à la quantité, à la qualité et à la diversité des aliments pour les femmes enceintes ou allaitantes (voir la section 1).
- Favoriser l'exercice et la prise de poids optimale en fonction de l'étape de la grossesse ou de la lactation.
- Promouvoir l'allaitement maternel approprié et les pratiques alimentaires complémentaires, l'hygiène et les soins de DPE auprès des personnes s'occupant d'enfants malades ou participant à des activités de prévention.
- Mettre en place des campagnes de sensibilisation, des démonstrations culinaires ou d'autres interventions éducatives telles que des espaces d'accueil des bébés et des enfants et des réseaux de soutien communautaires pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement et une alimentation complémentaire appropriée, minimiser les risques d'alimentation artificielle et optimiser la survie des enfants.
- Assurer une couverture élevée des programmes de soins prénatals (ANC) et postnatals (Post-natal Care, PNC) afin de promouvoir, entre autres, les activités de prévention de la malnutrition, l'espacement des naissances, le retardement du clampage du cordon,

les soins maternels kangourou pour les enfants nés prématurément, de faible poids à la naissance et les nouveau-nés.

- Apporter un soutien psychosocial aux mères de jeunes enfants.
- Promouvoir la mise en œuvre des conseils relatifs à l'ANJE spécifiques au contexte pour les mères séropositives et les nourrissons exposés, afin de minimiser le risque de transmission du VIH.
- Intégrer les pratiques de l'ANJE dans les messages de santé publique plus larges émis par d'autres secteurs tels que ceux concernant l'EHA, les abris, la protection, etc.

## c) Gestion de la malnutrition aiguë

En 2019, sur les 77 sites de réfugiés du HCR où la malnutrition aiguë (émaciation et œdème nutritionnel) a été mesurée, 47 sites (61 %) ont satisfait aux normes du HCR, à savoir moins de 10 % de malnutrition aiguë globale



© HCR/Roland Schönbauer  
Soudan. Nivasha est l'une des nombreuses installations informelles de réfugiés à la périphérie de la capitale du Soudan Khartoum.

(MAG), tandis que 10 sites (13,0 %) ont présenté des niveaux de MAG égaux ou supérieurs au seuil d'urgence de 15 %. Des options de traitement de la malnutrition aiguë existent aussi par le biais de services fournis dans les camps de réfugiés. Le traitement de la malnutrition aiguë dans les situations de réfugiés doit être géré selon les principes de la prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë (PCMA), conformément aux directives de traitement nationales pertinentes ou aux protocoles de l'OMS en l'absence de directives de traitement récentes de la PCMA. Le traitement de la malnutrition aiguë sévère (MAS) sera assuré par des plateformes hospitalières et ambulatoires et, dans la mesure du possible, en collaboration avec l'UNICEF, afin de garantir l'approvisionnement en produits de traitement de la malnutrition aiguë sévère et en formations. Le traitement de la malnutrition aiguë modérée (MAM) sera assuré, le PAM fournissant normalement les produits alimentaires nécessaires au traitement de la malnutrition aiguë modérée selon le protocole d'accord du HCR-PAM. L'implication et la prise de conscience de la communauté dans l'identification des personnes sous-alimentées, leur inclusion et leur maintien dans le traitement de la malnutrition aiguë sont essentiels à la réussite de ce programme, ainsi qu'à la mise en place d'une couverture efficace. L'établissement et le maintien de liens étroits entre les différentes composantes des programmes de PCMA, ainsi qu'avec les services de santé et de prévention, sont des caractéristiques essentielles de tout programme de traitement efficace.

### Les principales mesures à prendre sont les suivantes :

#### **Intégration et coordination**

- Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés dans les programmes nationaux de traitement, en particulier pour les réfugiés vivant en dehors des camps.
- Assurer un lien avec les systèmes et structures nationaux dès le début et renforcer la collaboration avec le gouvernement, l'UNICEF et le PAM lors de la mise en place d'un programme de traitement pour les réfugiés.
- Dans les situations d'urgence dans lesquelles la prévalence de la MAG est élevée (>10 %), assurer une coordination optimale entre tous les partenaires et la communication avec la population réfugiée afin de la sensibiliser.
- Inclure la surveillance et la promotion de la croissance (GMP) pour les enfants de moins de 5 ans comme des actions préventives obligatoires dans le cadre des soins de santé primaire.
- Établir et maintenir des liens étroits entre la PCMA, la communauté et les activités préventives des SSP pour les actions préventives clés telles que les programmes de vaccination, le traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme, les campagnes de déparasitage des jeunes enfants selon le [protocole](#) pertinent ou la distribution de compléments alimentaires pour les femmes enceintes ou allaitantes (FEFA) et les enfants afin de prévenir la malnutrition aiguë.
- Mettre en place des plateformes de soutien psychosocial pour les gardiens et les activités de développement cognitif pour les enfants relevant de la PCMA.

#### **Détection précoce de la malnutrition en vue de référence et d'enrôlement à un traitement**

- Dépister la malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans à leur arrivée à tous les points d'entrée, dans les centres d'accueil et les camps, et à long terme en mettant en place des réseaux de proximité composés d'agents de santé, de personnels du secteur de la nutrition et de bénévoles. Dans la mesure du possible, déployer l'approche PB familiale.
- Dépistage de la malnutrition au niveau de l'établissement à mettre en place dans tous les points de contact en utilisant à la fois la mesure du périmètre brachial et le rapport poids-taille pour les enfants âgés de 6 à 59 mois.
- Dépistage de la malnutrition chez les adultes, au moyen notamment de l'IMC chez les adolescents, les adultes et les patients malades, et de la mesure du périmètre brachial chez les femmes enceintes et allaitantes dans le cadre de consultations médicales générales, de soins prénatals et postnatals, de programmes transversaux de lutte contre le VIH, la tuberculose ou les MNT.

#### **Prise en charge communautaire de la malnutrition aiguë**

- Mettre en œuvre la PCMA conformément au protocole PCMA pertinent (national ou international).
- Mettre en place un mécanisme de détection et de référence précoce en cas d'urgence, comme indiqué dans la dernière section.
- Mettre à disposition les traitements de la Malnutrition aiguë sévère (MAS) et modérée (MAM). Collaborer avec l'UNICEF/les ministères de la santé et le PAM, pour assurer la fourniture de traitements thérapeutiques et de produits d'alimentation complémentaire ainsi que la formation du personnel.
- La prévision des besoins, l'approvisionnement et le prépositionnement en temps opportun sont essentiels pour éviter les ruptures de filière des approvisionnements nutritionnels en relation avec la PCMA.
- Renforcer la participation et la sensibilisation de la collectivité à l'importance d'accéder aux services fournis, afin de permettre une couverture optimale de tous les enfants référés pour malnutrition.
- Collaboration avec les services de santé et EHA pour s'assurer que les mesures d'hygiène nécessaires et le contrôle et la prévention des infections (Infection Prevention Control, IPC) soient intégrés dans le programme de PCMA.
- Dans les zones où la prévalence du VIH est supérieure à 1 %, promouvoir le conseil et le dépistage concernant le VIH pour tous les enfants souffrant de MAS ou leurs mères lorsque l'enfant a moins de 18 mois, afin de fournir un conseil et un traitement adaptés.

#### **d) Gestion de l'anémie et d'autres carences en micronutriments**

**Des carences en micronutriments peuvent facilement se développer dans les situations d'urgence ou s'aggraver lorsqu'elles sont déjà présentes. Dans le contexte des populations réfugiées, l'[anémie](#) est une préoccupation majeure, surtout chez les jeunes enfants et les femmes.**

Elle peut être causée par le manque de fer, d'acide folique, et de vitamine B12, le paludisme, l'ankylostomiase et la schistosomiase<sup>3</sup>.

Les autres micronutriments concernés sont le vitamines A, C, B1 et B3. Elles peuvent entraîner des maladies potentiellement mortelles comme le béribéri ou des handicaps graves comme la xérophtalmie.



**Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

#### Dépistage et traitement

- Surveiller l'apparition de carences spécifiques en micronutriments et fournir un traitement pour au moins l'anémie (carence en fer et en folates), la xérophtalmie (carence en vitamine A), le béribéri (carence en vitamine B1), la pellagre (carence en vitamine B3) et le scorbut (carence en vitamine C) en utilisant des protocoles nationaux ou internationaux.
- Mettre en place un dépistage et une référence systématiques concernant l'anémie chez les enfants, les filles et les femmes en âge de procréer, les femmes enceintes ou allaitantes (FEFA) et autres groupes à haut risque.
- Équiper les laboratoires des moyens appropriés pour diagnostiquer l'anémie.
- Documenter la probabilité d'hémoglobinopathies (par exemple, drépanocytose, thalassémie) dans la population par le biais de sources de données secondaires afin de guider les protocoles de traitement de l'anémie.
- Prévenir les épidémies de paludisme en établissant et en maintenant des liens solides entre la communauté et les activités de prévention afin de promouvoir des actions préventives clés comme la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide longue durée (MILDA) pour toute la famille et celles inscrites dans le cadre du programme de soins prénatals dans les zones d'endémie du paludisme ou la mise en œuvre de campagnes de pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent tous les 6 mois ou avant les saisons des pluies, ou un traitement préventif intermittent (TPI) du paludisme et des campagnes de déparasitage chez les jeunes enfants selon le protocole pertinent.

#### e) Prévention de la surcharge pondérale et de l'obésité, et lien avec les maladies chroniques

Il y a un problème croissant de surcharge pondérale et d'obésité dans les pays à faible et moyen revenu. En 2019, 38,3 millions d'enfant dans le monde étaient en surcharge pondérale. La surcharge pondérale maternelle et l'obésité sont associées à la morbidité maternelle, à la naissance prématurée et à l'augmentation de la mortalité infantile. La surcharge pondérale ou l'obésité sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies cardiovasculaires, le diabète et la mort prématurée à l'âge adulte, et ils ont des répercussions directes sur la santé physique et mentale d'un enfant ou d'un adolescent.



**Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

- Promouvoir une alimentation saine et un mode de vie physique actif dans le cadre des [activités de prévention](#) et les soins de santé primaire (SSP).
- Suivre l'évolution de la prévalence de la surcharge pondérale chez les enfants dans le cadre des opérations de secours aux réfugiés et inclure son signalement chez les enfants de 6 à 59 mois dans toutes les enquêtes SENS.
- Promouvoir le SPC de routine pour les enfants et l'indice de masse corporelle pour les adultes dans le cadre des SSP.
- Dépistage du diabète dans le cadre des programmes de soins prénatals (SPN) et postnatals.
- Assurer le diagnostic, le traitement, les soins et le conseil pour les [maladies non transmissibles](#), y compris l'hypertension et le diabète sucré.

## 4. QUESTIONS TRANSVERSALES

### a) Renforcement des capacités

Le fait que le personnel soit formé lors de son recrutement et tout au long de sa carrière permet sa responsabilisation en termes de qualité de prestation de services. La fourniture aux réfugiés d'informations, d'une éducation et d'une communication sur les actions qui favorisent une nutrition optimale tout au long du cycle de vie est susceptible d'entraîner l'amélioration des résultats nutritionnels, de rééquilibrer les relations entre les sexes et de permettre aux individus d'être les acteurs de leur propre vie.



**Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

- Assurer le renforcement des capacités pour doter le HCR, les partenaires d'exécution ou le personnel du ministère de la santé et les travailleurs communautaires des connaissances les plus récentes et les plus adaptées au contexte afin de garantir la programmation et la prestation de services de qualité.
- Utiliser des méthodes de formation innovantes en plus de la formation en face à face, comme l'apprentissage en ligne, les webinaires ou les discussions de la communauté de pratique et intégrer les discussions de groupe des spécialistes.
- Sensibiliser les mères/pères et les membres de la famille élargie à divers problèmes préventifs de santé et de nutrition permettant de prévenir l'apparition de la malnutrition, tels que les comportements d'alimentation appropriés, à la DPE pour les jeunes enfants, la mesure du périmètre brachial, les soins prénatals (SPN) et postnatals (PNC), l'hygiène, la vaccination, etc.

<sup>3</sup> <https://www.unhcr.org/protection/health/4b8e854d9/unhcr-strategic-plan-anaemia-prevention-control-reduction-reducing-global.html>



- Mettre en place des campagnes de sensibilisation, des démonstrations culinaires ou d'autres interventions éducatives telles que des espaces d'accueil des bébés et des enfants et des réseaux de soutien communautaires pour promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement et une alimentation complémentaire appropriée, minimiser les risques d'alimentation artificielle et optimiser la survie des enfants.

## b) Cadre de surveillance et analyse de l'information nutritionnelle

Un ensemble d'indicateurs de base doit faire l'objet d'un suivi systématique dans toutes les opérations afin de surveiller la situation nutritionnelle, de suivre les tendances, de mesurer les résultats des programmes et de permettre une prise de décision et un plaidoyer probants.

 **Les principales mesures à prendre sont les suivantes :**

- Assurer l'inclusion systématique du suivi de la qualité du programme de traitement au moyen d'une documentation par le biais d'un module de nutrition amélioré dans l'iRHIS et l'approche de la carte de score équilibrée (liste de contrôle de surveillance de la nutrition).
- Surveiller et documenter la fourniture et l'exécution des programmes pour des indicateurs dépendants du contexte, tels que l'inventaire des approvisionnements, la capacité du personnel, le nombre de personnes formées, etc.
- Mener régulièrement des enquêtes standardisées élargies UNHCR-SENS mesurant l'état nutritionnel (MAG, retards de croissance, etc.) chez les enfants âgés de 6 à 59 mois, l'anémie chez les enfants âgés de 6 à 59 mois et les femmes en âge de procréer, les indicateurs des pratiques d'ANJE, la couverture de la PCMA et du BSFP, la sécurité alimentaire, la santé, les pratiques relatives à l'EHA et la couverture en moustiquaires.
- Promouvoir des évaluations rapides et des enquêtes de couverture régulières dans des situations de MAG élevées (>10 %).
- Promouvoir l'utilisation et l'analyse efficaces des données provenant de diverses ressources pour éclairer l'action, telles que les évaluations conjointes HCR/PAM, les données provenant du Programme de surveillance et de promotion de la croissance (GMP), du suivi post-distribution (PDM) et du suivi du panier alimentaire du PAM, etc.
- Plaider en faveur de l'inclusion des réfugiés (en tant qu'échantillon représentatif) dans les efforts nationaux de collecte de données, y compris des enquêtes nutritionnelles, des évaluations de la sécurité alimentaire et de la vulnérabilité, etc.

Les programmes de nutrition visent à sauver les vies des réfugiés et des enfants les plus vulnérables de moins de 5 ans. L'éducation des mères et des pères en matière de nutrition optimale permettra de progresser sur le lien entre l'humanitaire et le développement et de changer les attitudes à long terme, ce qui se traduira par des vies plus saines.

## 5. PRINCIPAUX DOCUMENTS DE RÉFÉRENCES

### a) Lignes directrices

- [Lignes directrices pour l'Alimentation sélective : La gestion de la malnutrition dans les situations d'urgence 2011](#)
- [Directives opérationnelles du HCR sur l'utilisation de produits nutritionnels spéciaux pour réduire les carences en micronutriments et la malnutrition dans les populations de réfugiés](#)
- [Lignes directrices pour le traitement hospitalier des enfants souffrant de malnutrition sévère](#)
- [Pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : Procédures opérationnelles standards pour la manipulation des substituts du lait maternel \(BMS\) dans les situations de réfugiés pour les enfants de 0 à 23 mois](#)
- [Politique du HCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation de produits laitiers dans les situations de réfugiés](#)
- [Ligne directrice : mises à jour sur le VIH et l'alimentation infantile](#)
- [Ligne directrice pour les enquêtes nutritionnelles](#)
- [Directives pour l'évaluation, le conseil et le soutien en matière de nutrition, FANTA](#)

### b) Protocoles/Lettres d'accord

- [HCR - PAM Protocole mondial 2011](#)
- [PAM/HCR Avenant au Protocole mondial sur l'allocation en espèces en 2017](#)
- [PAM/HCR Avenant au protocole mondial sur le partage des 2018](#)
- [Modèle d'accord tripartite PAM/HCR 2016](#)
- [UNICEF, LoU, modèle et notes d'orientation 2015](#)
- [Renforcer la coopération entre la FAO et le HCR](#)

### c) Formations

- [Introduction à la nutrition, Centre mondial de formation dans le domaine de la santé](#)
- [Nutrition dans les situations d'urgence, ressources du ENN](#)
- [Nutrition d'urgence, e-learning, ressources de l'UNICEF](#)
- [Alimentation infantile dans les situations d'urgence, ressources du Réseau de nutrition d'urgence \(ENN\)](#)
- [Guide de formation pour la gestion communautaire de la malnutrition aigüe, Projet d'assistance technique en matière d'alimentation et de nutrition \(Food and Nutrition Technical Assistance Project, FANTA\)](#)
- [Vidéos sur la nutrition générale et l'allaitement maternel, Global Health Media](#)
- [SMART et HCR Formation sur les lignes directrices d'enquête standardisée sur la nutrition \(SENS\)](#)

## ANNEXE 2 : ORIENTATIONS PROGRAMMATIQUES

# B) FICHE TECHNIQUE : SANTÉ MENTALE ET SOUTIEN PSYCHOSOCIAL (SMSPS)

---

### ACRONYMES

CBST	Sociothérapie communautaire
CETA/AECG	Approche commune des éléments de traitement
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
GTT	Groupe de travail technique
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IASC	Comité permanent interorganisations
IAT	Thérapie intégrée de l'adaptation
IPT	Thérapie interpersonnelle pour la dépression
iRHIS	Système intégré d'information sur la santé des réfugiés
MhGAP-HIG	Guide d'intervention humanitaire du MhGAP
MhGAP	Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale
MNS	Troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUDC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
PM+	Gestion des problèmes plus
POC	Personnes relevant de la compétence du HCR
PTSD	Trouble de stress post-traumatique
SH+	Self Help Plus
SIS	Système d'information sur la santé
SMSPS	Santé mentale et soutien psychosocial
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violence basée sur le genre
VPI	Violence entre partenaires intimes

# 1. INTRODUCTION

## SMSPS

La santé mentale est une partie indissociable de la santé qui doit être abordée de manière intégrée dans tous les programmes de santé publique du HCR et de ses partenaires. Dans le cadre de l'aide humanitaire, le terme plus large de « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS) est couramment utilisé pour désigner « tout type de soutien local ou extérieur visant à protéger ou promouvoir le bien-être psychosocial ou à prévenir ou traiter les troubles mentaux ». Cette fiche technique se concentre principalement sur ce que les acteurs de la santé dans le contexte des réfugiés devraient faire en matière de SMSPS et sur la manière de coordonner la SMSPS avec d'autres secteurs. Toutefois, la SMSPS ne se limite pas au secteur de la santé et nécessite une action multisectorielle, avec des interventions dans des programmes de protection (protection communautaire, protection de l'enfance et VBG) et d'éducation. La coordination avec les autres secteurs est donc essentielle. Pour obtenir de plus amples informations sur la SMSPS à l'extérieur du secteur de la santé, consulter les documents suivants :

- [Santé mentale & Soutien psychosocial Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés](#)
- [Renforcer la santé mentale et le soutien psychosocial en 2021](#)

## Terminologie

Au sein du HCR, nous utilisons le terme « troubles mentaux » lorsque nous faisons référence à un contexte thérapeutique (par exemple, le nombre de consultations pour les troubles mentaux dans le SIS). Nous utilisons le terme « problèmes/conditions du SMSPS » pour désigner un plus large éventail de questions, y compris les problèmes sociaux, la détresse émotionnelle, les troubles mentaux courants (comme la dépression et le stress post-traumatique), les troubles mentaux graves (par exemple psychose), l'abus d'alcool et de substances toxiques et les troubles intellectuels ou de développement. Pour des raisons historiques et pragmatiques, l'épilepsie et la démence sont incluses dans la SMSPS. Certains acteurs utilisent d'autres termes comme « troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances (Mental, Neurological and Substance, MNS) »<sup>1</sup> ou « handicap psychosocial ».<sup>2</sup>

## Prévalence

Environ 22 % des adultes en situation de conflit présentent des troubles mentaux. C'est bien plus que dans les situations non conflictuelles. Les raisons de la prévalence accrue des troubles mentaux comprennent les expériences indésirables dans le pays d'origine, durant les déplacements et dans les milieux d'accueil des réfugiés. À cela s'ajoute l'absence de systèmes sociaux favorables. Davantage de personnes sont en détresse, mais les données globales manquent.

<sup>1</sup> L'Organisation mondiale de la santé utilise le terme « troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances toxiques (MNS) » pour désigner les troubles mentaux, les troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de substances toxiques, l'épilepsie et la démence.

<sup>2</sup> Les défenseurs des personnes handicapées utilisent le terme « handicap psychosocial » pour désigner les formes de handicap liées aux personnes qui ont reçu un diagnostic de santé mentale (ou qui s'identifient à ce terme) et qui connaissent des restrictions de participation dues à des obstacles sociaux et environnementaux, souvent liés à la discrimination et à l'exclusion. Ce terme recouvre la notion de handicap comme étant le résultat d'obstacles physiques et sociaux empêchant une personne handicapée de participer de manière égale à la vie communautaire et sociale.

La santé mentale et le bien-être psychosocial des communautés déplacées sont déterminés par

- les événements passés qui ont conduit à leur déplacement ou tout au long du chemin menant à la sécurité ;
- les conditions actuelles, y compris l'adéquation de l'assistance et de la protection en place, et
- la façon dont les réfugiés perçoivent leur avenir : des solutions et des perspectives réelles de vie meilleure.

## Étiologie multifactorielle

Sans une bonne santé mentale, on se sent incapable ou moins capable d'effectuer les activités de la vie quotidienne, y compris les soins personnels, l'éducation, l'emploi et la participation à la vie sociale. Il existe une relation bidirectionnelle entre la santé mentale et la pauvreté et la perte de moyens de subsistance : (1) Les personnes qui sombrent dans la pauvreté, la marginalisation, qui ont perdu leurs moyens de subsistance et leur avenir, ont davantage de problèmes de santé mentale ; (2) les états de dépression omniprésents, le désespoir, le fait d'être submergé par les souvenirs du passé et d'être rempli de pensées négatives, empêchent les gens d'utiliser leur potentiel pour trouver des solutions.

## Objectifs de développement durable

La santé mentale est explicitement mentionnée dans les Objectifs de développement durable.

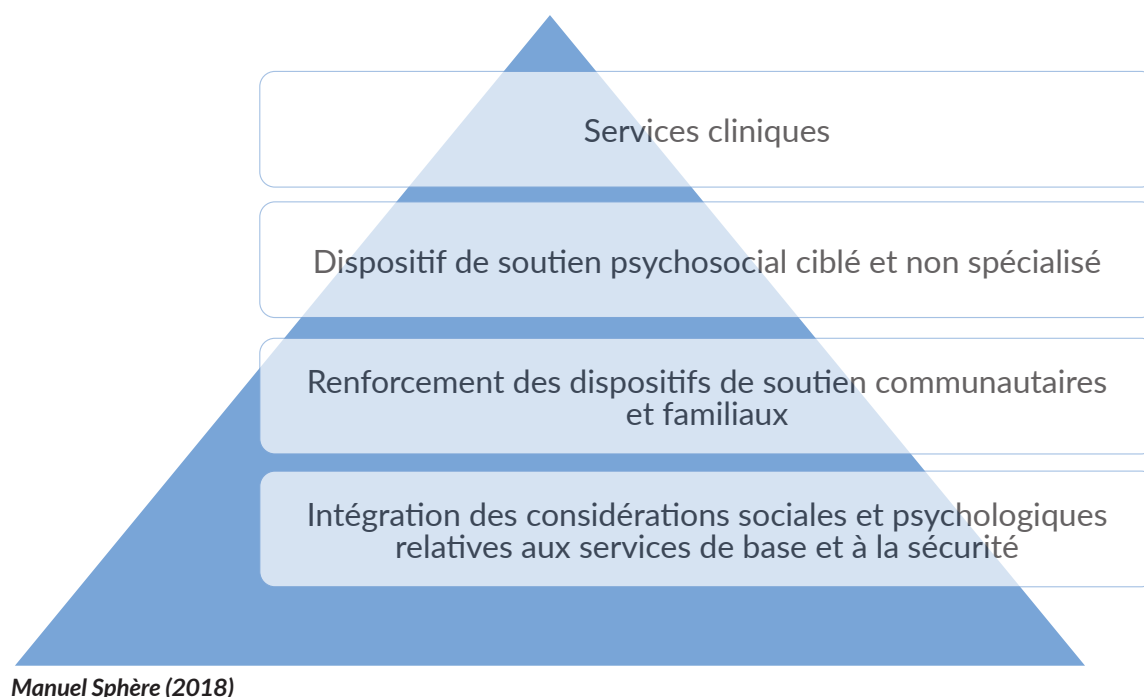
- ODD 3.4 : « D'ici à 2030, réduire d'un tiers la mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles par la prévention et le traitement et promouvoir la santé mentale et le bien-être ».
- ODD 3.5 « Renforcer la prévention et le traitement de l'abus de substances toxiques, y compris des narcotiques et l'utilisation nocive de l'alcool ».

La SMSPS est également pertinente pour d'autres objectifs tels que l'ODD 16 sur la justice, la paix et des institutions plus fortes.



© HCR/Haidar Darwish  
Liban. Dix ans dans la crise en Syrie, la famille des réfugiés lutte contre la pauvreté et les problèmes de santé mentale

Figure 1 : Services et aides de la SMSPS à plusieurs niveaux



## 2. PRINCIPES DIRECTEURS POUR LA SMSPS

### *Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2007)*

Ces directives inter-agences fournissent un cadre consensuel pour la SMSPS dans les situations humanitaires, qui forme la base des directives spécifiques des agences, y compris celles du HCR. Les notions clés de ces directives sont les suivantes : (1) la SMSPS ne peut pas être réalisée uniquement par des spécialistes de la santé mentale, (2) une approche multisectorielle est nécessaire et (3) les services et les aides peuvent être considérés comme un système à plusieurs niveaux (voir figure 1).

**Niveau 4 :** Services cliniques de santé mentale et services psychosociaux pour les personnes présentant des symptômes graves ou dont la souffrance intolérable les rend incapables d'accomplir les fonctions quotidiennes de base. Ces interventions sont généralement menées par des professionnels de la santé mentale, mais elles peuvent également être réalisées par des travailleurs de la santé générale formés et supervisés.

**Niveau 3 :** Fourniture d'un soutien psychosocial ciblé par le biais d'interventions individuelles, familiales ou de groupe afin d'apporter un soutien émotionnel et pratique aux personnes qui peinent à s'adapter à leur propre réseau de soutien. Les travailleurs non spécialisés dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la protection communautaire ou de la protection de l'enfance fournissent généralement ce type de soutien, après une formation et dans le cadre d'un suivi.

**Niveau 2 :** Renforcer le soutien communautaire et familial. Il ne s'agit pas tant d'« étrangers » qui fournissent des « interventions », mais de permettre aux personnes de préserver et de promouvoir leur bien-être psychosocial par le biais d'activités favorisant la cohésion sociale et en permettant aux communautés de rétablir ou de développer des mécanismes de protection et de soutien.

**Niveau 1 :** La prestation de services de base et de sécurité d'une manière qui protège la dignité de toutes les personnes, y compris celles qui sont particulièrement marginalisées ou isolées et qui peuvent être confrontées à des obstacles à l'accès aux services et assurer la réponse de manière participative et axée sur les droits. (Adapté des Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence 2007)

Dans le [Manuel Sphère](#), la SMSPS est mentionnée tout au long du document, en plus d'une norme spécifique de santé mentale : « Les personnes ont accès à des services de santé qui réduisent les problèmes de santé mentale et l'altération du fonctionnement qui y est associée », avec les principales mesures à prendre suivantes :

1. Coordonner les soins de santé mentale et le soutien psychosocial entre les secteurs.
2. Élaborer des programmes en fonction des besoins et des ressources identifiés.
3. Travailler avec les membres de la communauté, y compris les personnes marginalisées, pour renforcer l'entraide communautaire et le soutien social.
4. Orienter le personnel et les volontaires sur la façon de proposer les premiers secours psychologiques.
5. Mettre à disposition des soins cliniques de santé mentale de base dans chaque établissement de soins de santé.

6. Permettre aux personnes perturbées par une détresse prolongée de bénéficier d'une prise en charge psychologique.
7. Protéger les droits des personnes atteintes de graves problèmes de santé mentale au sein de la communauté, dans les hôpitaux et les institutions.
8. Réduire les dommages liés à l'alcool et aux drogues.
9. Prendre des mesures pour développer un système de santé mentale durable au cours de la planification du rétablissement rapide et des crises de longue durée.

#### [Guide opérationnel du HCR pour la SMSPS dans les opérations de réfugiés \(2013\)](#)

Ce document informe la réponse de la SMSPS dans différents secteurs. Un concept important est la différence entre l'approche et les interventions de la SMSPS :

- Adopter une approche relevant de la SMSPS signifie fournir des réponses humanitaires qui sont bénéfiques à la santé mentale et au bien-être psychosocial. Ceci est pertinent pour tous ceux qui assistent les réfugiés. Les acteurs humanitaires ne devraient pas nécessairement faire des choses différentes, mais plutôt faire les choses différemment. C'est devenu clair dans le cadre de la pandémie de COVID-19.
- Les interventions de la SMSPS consistent en des activités avec un objectif explicite d'amélioration de la santé mentale et du bien-être psychosocial des réfugiés, généralement mis en œuvre par des acteurs de la santé, de la protection et de l'éducation.

### 3. ACTIONS PRIORITAIRES POUR LA SMSPS DANS LE CADRE DES PROGRAMMES DE SANTÉ

De nombreux pays accueillant des réfugiés ne disposent pas d'un système de santé mentale fonctionnel dans lequel intégrer les réfugiés, alors que les besoins sont souvent extrêmement élevés. Par conséquent, le HCR adopte une approche double : (1) soutenir la prestation de services directs par l'intermédiaire de partenaires et (2) travailler à l'intégration par le renforcement des services nationaux. Vous trouverez ci-dessous une liste d'activités qui peuvent être envisagées, en fonction des ressources disponibles.

#### **a) Intégration de la santé mentale dans les établissements de santé générale pour les réfugiés**

La santé mentale fait partie intégrante des soins de santé. Parmi les patients qui consultent les services de santé généraux, un nombre disproportionné souffre de troubles mentaux qui peuvent être identifiés et pris en charge. Par conséquent, chaque établissement de santé doit intégrer la santé mentale dans ses services.

1. S'assurer que la santé mentale fasse partie de l'Accord de partenariat de projet avec les prestataires de soins de santé.
2. Prévoir un approvisionnement régulier en médicaments essentiels pour les troubles mentaux dans les centres de santé.  
Outils :
  - Médicaments psychotropes sur la [Liste des médicaments essentiels du HCR de mai 2021](#)
  - Outil de calcul des quantités de médicaments psychotropes (en développement)
3. Demander aux partenaires d'organiser régulièrement pour le personnel de santé générale une formation concernant l'identification et la gestion des troubles de santé mentale. Ces formations, généralement d'une durée de 3 à 5 jours, doivent être suivies d'une supervision de soutien et de formations de remise à niveau.
  - Outils : OMS/HCR (2015) [Guide d'intervention humanitaire du Programme d'intervention en santé mentale mhGAP](#)
  - Outils : OMS/HCR (2022) : Manuel de facilitation du mhGAP Guide d'intervention humanitaire
4. Prestation d'un professionnel de la santé mentale (selon le contexte, il peut s'agir d'un médecin psychiatre, d'un technicien supérieur en santé mentale, d'un infirmier psychiatrique ou d'un psychologue clinicien) pour prendre en charge les personnes souffrant d'affections complexes et assurer la supervision clinique des agents de santé généraux. Il peut s'agir d'une fonction à temps partiel. La fréquence minimale des visites est une fois par mois pour chaque centre de santé, mais des visites plus fréquentes sont préférables.
5. Veiller à ce que les consultations relatives aux affections de santé mentale soient enregistrées dans le système d'information sanitaire. Si les consultations de santé mentale sont effectuées par un partenaire distinct de la santé, il lui sera demandé de saisir leurs données dans l'iRHIS.
  - Outil : Catégories de MNS dans l'iRHIS. Voir aussi [ici](#).

#### **b) Intégration de la SMSPS dans le travail de santé communautaire**

Les travailleurs de la santé communautaire constituent un pont entre les collectivités et les structures sanitaires. La santé mentale doit faire partie de leur programme de formation, et ils doivent être régulièrement supervisés pour ce qui concerne les questions de santé mentale. Dans certaines opérations, les volontaires de la SMSPS communautaires plus spécialisés sont formés pour effectuer un travail plus ciblé.

1. Former les agents de santé communautaires à l'identification et au suivi des personnes souffrant de troubles mentaux graves ou complexes.
2. Former les travailleurs de santé communautaire aux Premiers secours psychologiques et aux Compétences élémentaires dans le domaine psychosocial.
3. Envisager de faire appel à des agents communautaires pour animer des groupes de soutien à l'intention des réfugiés souffrant de troubles mentaux.

Outils

- [Premiers secours psychologiques : Guide à l'intention des agents de terrain](#)
- [Compétences élémentaires dans le domaine psychosocial : un guide pour les intervenants dans le cadre de la COVID-19](#)
- Exemple de programme de formation pour les bénévoles communautaires (en développement)
- [boîte à outils de la communauté mhGAP](#)

### c) Mise à disposition de brèves thérapies psychologiques fondées sur des preuves

Les troubles de santé mentale légers et modérés peuvent être traités efficacement par des interventions psychologiques brèves et modulables (5-8 séances) qui peuvent être réalisées par du personnel non spécialisé après une brève formation et sous la supervision clinique d'un professionnel de la santé mentale. Il existe plusieurs de ces méthodes.

Le choix dépend des objectifs du programme, des coûts, de la disponibilité en personnel qualifié et en versions adaptées au contexte et à la langue. Il est important de choisir une méthode fondée sur des données probantes. Les méthodes les plus utilisées sont la Gestion des problèmes plus (PM+) mise au point par l'Organisation mondiale de la santé, et la Thérapie interpersonnelle de groupe pour la dépression (IPT) mise au point par l'université Columbia de New York et publiée par l'Organisation mondiale de la santé. Le tableau 1 présente une vue d'ensemble des interventions psychologiques évolutives.

Tableau 1 : Vue d'ensemble des interventions psychologiques évolutives

Intervention (+ lien)	Description	Pour qui ?	Où cela a-t-il été utilisé ?
<b>Gestion des problèmes plus (PM+)</b>  <a href="#">Version individuelle</a> <a href="#">Version de groupe</a>	Basée sur la thérapie comportementale cognitive. Les participants apprennent à utiliser quatre techniques : gestion du stress, résolution de problèmes, activation comportementale et renforcement du soutien social. Formation de base 7 jours + supervision régulière. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Version individuelle : 5 séances de 90 min</li> <li>• Version de groupe (6-8 participants) : 5 séances</li> </ul> Recherche dans le cadre d'essais contrôlés randomisés (ECR) au Pakistan, au Kenya (non-réfugiés) et auprès de réfugiés syriens et vénézuéliens	Pour les adultes souffrant de dépression, d'anxiété et de stress, y compris les personnes qui n'ont pas un diagnostic.	Largement traduite et utilisée par les partenaires du HCR dans les régions suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moyen-Orient et Afrique du Nord : (Irak, Jordanie, Liban, Syrie)</li> <li>• L'Est et la Corne de l'Afrique et les Grands Lacs : (Éthiopie, Kenya, Ouganda)</li> <li>• Afrique de l'Ouest et du Centre (Tchad, RCA)</li> <li>• Asie (Bangladesh)</li> <li>• Europe (Grèce, Turquie, Suisse, Pays-Bas)</li> <li>• Amériques (Colombie, Équateur, Panama)</li> </ul>
<b>Thérapie interpersonnelle pour la dépression (TIP)</b>  <a href="#">Version de groupe</a> Version individuelle (en préparation)	Vise à réduire la dépression en améliorant les compétences interpersonnelles pour faire face à : 1) la perte, 2) les transitions de rôle 3) les conflits interpersonnels et 4) l'isolement social. Formation de base 4-7 jours + recyclage et supervision clinique hebdomadaire. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Version de groupe : 8 séances</li> <li>• Version individuelle : 8-12 séances</li> <li>• « Conseil interpersonnel » : version courte de 3 séances comme traitement de première ligne par les travailleurs communautaires</li> </ul>	Pour les adultes souffrant de dépression légère, modérée ou sévère. Peut être efficace pour d'autres pathologies telles que les troubles causés par un stress post-traumatique (PTSD.)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en œuvre par le HCR au Bangladesh, en Tanzanie et au Pérou.</li> <li>• Utilisée par des partenaires au Liban et en Syrie.</li> </ul>

<b>Intervention (+ lien)</b>	<b>Description</b>	<b>Pour qui ?</b>	<b>Où cela a-t-il été utilisé ?</b>
<b>Self Help Plus (SH+)</b> Version de groupe	Auto-assistance guidée pour la détresse émotionnelle à l'aide d'un guide imprimé d'auto-assistance et de documents audio en 5 séances hebdomadaires pour des groupes allant jusqu'à 30 personnes. Des recherches menées auprès de femmes réfugiées du Sud-Soudan ont montré des effets faibles et transitoires. Une recherche auprès de réfugiés en Turquie et en Europe a montré un effet préventif sur le développement de problèmes de santé mentale.	Pour les adultes souffrant de détresse ou de dépression légère-moderée et d'anxiété	<ul style="list-style-type: none"> <li>Femmes sud-soudanaises en Ouganda (version arabe de Juba)</li> <li>Réfugiés et migrants en Europe (farsi, arabe et anglais)</li> </ul>
<b>Thérapie intégrée d'adaptation (IAT)</b>  Pas encore dans le domaine public	Modèle de 6 séances (individuelles ou en groupe), utilisant des éléments de la thérapie cognitivo-comportementale, qui sont adaptés spécifiquement pour les réfugiés, en tenant compte de la manière dont l'expérience des réfugiés est liée aux symptômes psychologiques. Des recherches menées auprès de réfugiés en Malaisie et au Bangladesh ont donné des résultats satisfaisants.	Pour réfugiés adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Réfugiés du Myanmar en Malaisie et au Bangladesh</li> <li>Réfugiés en Australie</li> </ul>
<b>Sociothérapie communautaire (CBST)</b>  Pas encore dans le domaine public.	15 séances de groupe de 2 à 3 heures avec 8 à 12 personnes de la même communauté (« approche par zone ») animées par deux facilitateurs de la même communauté). La participation au groupe est basée sur des questions sociales (marginalisation, méfiance) et pas seulement sur la psychopathologie. L'objectif consiste à renforcer les liens sociaux, le soutien interpersonnel et la confiance mutuelle. Les recherches menées au Rwanda montrent une amélioration de la santé mentale et de la participation civique.	Adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Populations touchées par les conflits (Rwanda, Burundi, RDC, Éthiopie et Liberia)</li> <li>Actuellement, recherche avec des réfugiés congolais au Rwanda et en Ouganda</li> </ul>
<b>Méthode de traitement des éléments communs (CETA)</b> Pas encore dans le domaine public.	8-12 séances individuelles d'une heure basées sur la thérapie cognitivo-comportementale avec une approche modulaire pour le traitement de la dépression, de l'anxiété, de la toxicomanie et des troubles liés aux traumatismes et au stress. Des versions plus courtes et des versions de groupe sont possibles. Des versions plus courtes et des versions de groupe sont possibles. Plus d'informations <a href="#">ici</a>	Adultes et adolescents	<ul style="list-style-type: none"> <li>Personnes déplacées en Irak et en Ukraine</li> <li>Réfugiés en Thaïlande</li> <li>Réfugiés en Éthiopie</li> <li>Ressortissants en Zambie et au Myanmar</li> </ul>
<b>« Penser sainement »</b> <a href="#">Version de groupe</a>	15 séances de groupe pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale périnatale. Publication de l'OMS.	Femmes souffrant de dépression périnatale	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pakistan/Inde (non-réfugiés)</li> <li>Yémen (non-réfugiés)</li> </ul>
<b>Friendship Bench</b> Pas encore dans le domaine public	Thérapie individuelle (3 séances ou plus) pour les personnes souffrant de troubles mentaux légers ou modérés, basée sur la thérapie de résolution de problèmes, la programmation d'activités suivie d'un soutien de groupe dirigé par des pairs. Plus d'informations <a href="#">ici</a> .	Adultes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zimbabwe</li> </ul>

#### **d) Promouvoir l'accès aux professionnels de la santé mentale pour les personnes présentant des problèmes complexes**

Avec les étapes ci-dessus, l'accès aux services essentiels relevant de la SMSPS peut être considérablement amélioré. Mais l'accent mis sur le traitement intégré par des non-spécialistes ne rend évidemment pas superflu le rôle des professionnels de la santé mentale tels que les psychiatres, les infirmiers psychiatriques et les psychologues cliniciens. Ils sont particulièrement importants pour la formation/la supervision et pour aider les personnes ayant des problèmes plus complexes. Dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire, il peut être difficile de trouver des établissements de soins spécialisés ou de référence de qualité acceptable. Une brève évaluation devrait avoir lieu avant de considérer qu'un établissement est adéquat pour une référence, une attention particulière étant portée à l'utilisation de traitements probants et au respect des droits de l'homme.



© HCR/Will Swanson

Bangladesh. Un projet de santé mentale aide les jeunes Rohingyas à parler de leurs angoisses

**e) Prendre des mesures pour résoudre les problèmes relevant de la SMSPS négligés, comme la consommation d'alcool et d'autres substances toxiques et la prévention du suicide**

Les paquets standards concernant la SMSPS ne traitent pas suffisamment de deux domaines problématiques qui sont explicitement mentionnés dans les Objectifs de Développement Durable, avec un indicateur auquel tous les gouvernements nationaux doivent rendre compte.

- Dépendance et usage abusif de substances comme l'alcool, les drogues illégales et les médicaments sur ordonnance.
  - Indicateur d'ODD 3.5.1 : Couverture des interventions thérapeutiques (pharmacologiques, psychosociales et services de réadaptation et de suivi) pour les troubles liés à la consommation de stupéfiants
  - Indicateur d'ODD 3.5.2 : Consommation d'alcool par habitant (de 15 ans et plus) au cours d'une année civile en litres d'alcool pur
- Suicide et comportement suicidaire
  - Indicateur d'ODD 3.4.2 : Taux de mortalité par suicide

Le HCR a diligenté des études systématiques sur la [prévention du suicide](#) et les [troubles liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives](#) qui indiquent clairement que i) les interventions fondées sur des données factuelles et testées dans le cadre d'opérations humanitaires sont limitées, et ii) que ces problèmes ne peuvent être résolus que par des interventions multisectorielles à long terme qui combinent des interventions communautaires et des interventions individuelles ciblées.

Un ensemble de mesures de prévention du suicide pourrait comprendre :

- Amélioration et cohérence de la collecte des données
- Analyse des cas de suicide abouti et de tentatives de suicide graves
- Sensibilisation du public et engagement de la communauté, y compris des informations sur la manière et l'endroit où chercher de l'aide
- Restriction de l'accessibilité des objets dangereux ou moyens létaux
- Formation des personnes chargées de la sécurité et du soutien communautaire à l'identification des personnes présentant un risque accru de suicide et à l'utilisation de techniques de gestion des crises émotionnelles et de désescalade
- Formation du personnel de première ligne de santé et de protection des partenaires aux interventions brèves et à la planification de la sécurité



- Opportunités de prise en charge du personnel après l'apparition des crises
- Procédures opérationnelles standards et voies d'accès aux services spécialisés (par exemple, les prestataires locaux de services de santé mentale)

Le HCR travaille actuellement au développement d'une trousse à outils pour la prévention du suicide et l'intervention en situation de réfugiés.

Un ensemble de mesures visant à résoudre les problèmes liés à la consommation d'alcool et de substances psychoactives devrait consister en

- Sensibilisation et contrôle de l'accès
- Brèves interventions au niveau de la communauté
- Interventions psychothérapeutiques individuelles
- Interventions cliniques

En 2021, l'ONU DC, en coopération avec le HCR, devrait publier une boîte à outils pour traiter la question de la consommation de substances psychoactives dans les situations humanitaires.

#### **f) Coordination autour de la SMSPS**

Cette fiche technique s'est concentrée sur l'intervention de la SMSPS dans le secteur de la santé. Cependant, les interventions de SMSPS doivent également être mises en œuvre dans les programmes de protection (protection de l'enfance, VBG et protection communautaire), d'éducation et de nutrition.

Par conséquent, la coordination multisectorielle au sein d'un Groupe de travail technique (GTT) sur la SMSPS est importante. Ces groupes, idéalement liés à la fois au secteur de la santé et de la protection, sont coprésidés par des acteurs de la santé et de la protection. La SMSPS n'est pas un sous-secteur de la santé ou de la protection. Étant donné la nature technique du GTT, la participation d'experts en SMSPS des ONG partenaires et du gouvernement est recommandée.

- Mandat d'un Groupe de travail technique pour la SMSPS ([Boîte à outils de coordination sectorielle : la santé publique dans la trousse à outils d'urgence](#))
- Dans les situations d'urgence, les demandes de déploiement à court terme pour soutenir la coordination et le renforcement des capacités inter-agences peuvent se faire par le biais de mécanismes tels que le [Dutch Surge Support pour la SMSPS](#).

L'OMS, l'UNICEF, le HCR et le FNUAP sont en train d'élaborer un nouvel Ensemble minimum de services inter-agences pour la SMSPS dans les situations d'urgence, qui devrait être disponible en 2022.

## 4. PRINCIPAUX DOCUMENTS DE RÉFÉRENCE

### *Lignes directrices du HCR sur la santé mentale et le soutien psychologique aux personnes relevant de sa compétence*

- HCR (2013) [Santé mentale et Soutien psychosocial - Directives opérationnelles pour la programmation des opérations auprès des réfugiés](#)
- HCR (2021) [Renforcer la santé mentale et le soutien psychosocial en 2021](#)
- HCR (2018) [Santé mentale et soutien psychosocial - Manuel d'urgence](#)

### *Documents techniques communs à l'OMS*

- OMS et HCR (2015) [Guide d'intervention humanitaire du Programme d'intervention en santé mentale mhGAP \(mhGAP-HIG\)](#) : Gestion clinique des troubles mentaux, neurologiques et des troubles liés à la consommation de substances psychoactives dans les urgences humanitaires
- OMS et HCR (2013) [Module mhGAP d'évaluation des conditions spécifiquement liées au stress](#)
- OMS et HCR (2012) [Évaluation de la santé mentale et des besoins et ressources psychosociaux : Boîte à outils pour les situations humanitaires](#)
- OMS et HCR (2021). Manuel de formation du Guide d'intervention humanitaire du mhGAP.

### *Documents de protection associés*

- Groupe mondial de la protection (2020) [SMSPS et résultats de la protection](#)
- HCR (2014) [Protection des enfants - Note de référence : Santé mentale et bien-être psychosocial des enfants](#)
- HCR (2017) [Protection communautaire et santé mentale et soutien psychosocial](#)
- HCR (2020) [Politique du HCR sur la prévention, l'atténuation des risques et la prise en charge en matière de violence basée sur le genre.](#)

## ANNEXE 2 : ORIENTATION PROGRAMMATIQUE

# C) FICHE TECHNIQUE : SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE (Y COMPRIS LE VIH)

---

### ACRONYMES

DMU	Dispositif minimum d'urgence
ETII	Équipe de travail inter-institutions
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IST	Infections sexuellement transmissibles
LGBTIQ+	Lesbiennes, gays, bisexuels, transgenres, intersexes et autres identités différentes
MGF	Mutilation génitale féminine
ODD	Objectifs de développement durable
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA
PEP	Prophylaxie post-exposition
PoC	Personnes relevant de la compétence du HCR
PTME	Prévention de la transmission de la mère à l'enfant
SONU-B	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base
SONU-C	Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets
SSR	Santé sexuelle et reproductive
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
VBG	Violence basée sur le genre
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPI	Violence entre partenaires intimes



© HCR/Sylvain Cherkaoui  
Burkina Faso

## 1. INTRODUCTION

La santé sexuelle et reproductive (SSR), y compris une attention particulière à la violence basée sur le genre (VBG) et à la prévention et au traitement du VIH, a fait l'objet d'une attention accrue dans le cadre de l'aide humanitaire au cours des dernières années.

Malgré ces progrès, il reste difficile de garantir la disponibilité des services de SSR essentiels et de qualité au début d'une crise humanitaire ainsi que leur expansion pour répondre de manière exhaustive aux besoins de SSR de tous les réfugiés et d'autres personnes relevant de la compétence du HCR (PoC). Cette fiche technique décrit les objectifs visant à améliorer l'accès aux soins de SSR de qualité, à s'aligner aux normes internationales de SSR et du VIH et à reconnaître l'importante contribution que ce travail peut apporter à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales dans des contextes fragiles et humanitaires tout en contribuant aux Objectifs de développement durable (ODD), en particulier l'ODD 3.

Alors que les femmes et les filles sont au centre des stratégies actuelles de SSR, les garçons et les hommes ont également des besoins en matière de SSR, y compris en matière de VIH, nécessitant une réponse ciblée. De plus, cette orientation technique accentue la nécessité d'accorder une attention particulière aux personnes et aux communautés connues pour rencontrer des difficultés d'accès ou d'acceptation des services disponibles de SSR et concernant le VIH, y compris les adolescents, les personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles et les personnes LGBTIQ+.

## Contexte

Les femmes et les filles sont affectées de manière disproportionnée par les crises humanitaires et les situations humanitaires. Leurs besoins en matière de santé sexuelle et reproductive ne s'arrêtent pas au début d'une crise et peuvent augmenter au cours d'une situation humanitaire se prolongeant pendant des années. Dans une population donnée, 4,5 à 5 % des femmes seront enceintes à un moment donné et auront besoin de soins obstétricaux préventifs et cliniques. La probabilité de rencontrer des complications liées à la grossesse et à l'accouchement est pareille partout pour les femmes : 15 % des femmes enceintes affrontent des complications qui peuvent mettre leur vie en danger en l'absence de soins médicaux adéquats. **La mortalité maternelle** est souvent le résultat d'un manque de soins adéquats : le risque de mourir au cours de sa vie de complications liées à la grossesse et à l'accouchement concerne 1 femme sur 37 en Afrique subsaharienne, contre 1 femme sur 6 500 en Europe<sup>1</sup>. La plupart des décès maternels et néonataux peuvent être évités, soit par des actions préventives, y compris des approches à fort impact, soit par des interventions cliniques ciblées et fondées sur des données probantes. **L'accouchement assisté par du personnel qualifié** est reconnu comme l'intervention la plus efficace visant à réduire les décès maternels et néonataux, mais pas toutes les femmes y ont accès. Il est estimé que 60 % des décès maternels évitables et 45% de la mortalité néonatale surviennent dans des contextes de conflit, de déplacement et de catastrophes naturelles<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> OMS. Septembre 2019. Plus de femmes et d'enfants survivent aujourd'hui qu'auparavant <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327596/WHO-RHR-19.23-eng.pdf?ua=1>

<sup>2</sup> S. Zeid et al; The Lancet, Vol. 385, 9981, P1919-1920 ; For every woman, every child, everywhere: a universal agenda for the health of women, children, and adolescents [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(15\)60766-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)60766-8/fulltext)

La réduction de la mortalité maternelle et néonatale est au cœur des ambitions du HCR en matière de santé sexuelle et reproductive pour les réfugiés et autres personnes relevant de sa compétence dans toutes les phases de déplacement et de crise.

**ODD 3.1.** D'ici 2030, réduire le ratio mondial de mortalité maternelle à moins de 70 pour 100 000 naissances vivantes

**ODD 3.2.** D'ici 2030, mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés et d'enfants de moins de 5 ans, avec tous les pays visant à réduire la mortalité néonatale à un niveau au moins aussi bas que 12 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité des enfants de moins de 5 ans à un niveau au moins aussi bas que 25 pour 1 000 naissances vivantes

Dans de nombreux contextes humanitaires, la **couverture contraceptive** est faible, et un nombre important de femmes et de jeunes filles qui avaient auparavant choisi une méthode moderne de contraception, sont privées d'accès lorsque la crise commence. Globalement, 214 millions de femmes en âge de procréation dans les pays en développement ont un besoin non satisfait de contraception, entraînant des grossesses non désirées, et des souffrances qui en découlent, et aboutissant à des avortements à risque<sup>3</sup>. L'enquête sur la santé sexuelle et reproductive (SSR) menée par le HCR dans quatre zones de réfugiés au Tchad et au Cameroun révèle des taux de couverture contraceptive allant de 4 % à 32 %, avec une moyenne de 25 % pour le Tchad et de 10 % pour le Cameroun<sup>4</sup>.

**ODD 3.7.** D'ici 2030, assurer l'accès universel aux services de soins de santé sexuelle et reproductive, y compris pour la planification familiale, l'information et l'éducation ainsi que l'intégration de la santé reproductive dans les stratégies et programmes nationaux

L'engagement d'accroître l'accès aux méthodes modernes de contraception et de réduire l'écart entre les besoins non satisfaits se reflète dans les engagements interinstitutionnels en matière d'aide humanitaire ; il est symbolique des droits de l'homme et du respect des droits sexuels et reproductifs des femmes.

Un pourcentage élevé de **grossesses d'adolescentes** dans une population est un indicateur de lacunes dans plusieurs domaines : accès à la contraception, déséquilibre du pouvoir des filles dans la négociation de l'utilisation de la contraception, pratiques traditionnelles impliquant le mariage d'enfants, abus de pouvoir potentiel et enfin violence basée sur le genre (VBG). Cela met également en évidence des lacunes dans d'autres secteurs, notamment le manque d'accès à l'éducation pour les adolescents et

les enfants, et la non prise en compte des besoins des adolescents en matière de SSR dans les directives et les lois, pénalisant souvent les jeunes au début de leur vie autonome. Une récente étude d'audit de la mortalité maternelle sur les données du HCR collectées en 2017-2019 dans les opérations d'Afrique de l'Est indique que 13 % des 191 décès maternels audités chez les réfugiés étaient des filles de moins de 20 ans.

La concomitance des vulnérabilités et du manque des services de santé dans les contextes humanitaires et ceux à faible revenu entraîne également une morbidité et des souffrances résultant des **fistules obstétricales**.

Les infections sexuellement transmissibles (**IST**) en général, le **papillomavirus humain**, l'infection par le **VIH** et le **cancer du col de l'utérus** constituent autant de défis importants qui se recoupent et offrent des possibilités d'action. Au niveau mondial, 37,9 millions de personnes vivent avec le **VIH** et l'infection est la cause de près de 690 000 décès par an<sup>5</sup>. Les données de 2016 indiquent qu'une personne sur 14 vivant avec le VIH se trouvait dans une situation humanitaire en 2016<sup>6</sup>, ce qui souligne la nécessité pour les interventions d'urgence de prendre en charge la prévention et le traitement du VIH dès le début, afin d'éviter les interruptions de traitement, la morbidité et la mortalité qui y sont liées, ainsi que les nouvelles infections résultant de l'absence de précautions standard pour le contrôle des infections et des actions sanitaires préventives.

**ODD 3.3.** D'ici 2030, mettre fin aux épidémies de SIDA, de tuberculose, de paludisme et de maladies tropicales négligées et lutter contre l'hépatite, les maladies transmises par l'eau et les autres maladies transmissibles

La **violence basée sur le genre, y compris le viol**, existe dans toutes les sociétés et dans tous les contextes, à tout moment. Dans le monde, environ une femme sur trois subira des violences physiques et/ou sexuelles de la part d'un partenaire ou d'un non-partenaire<sup>7</sup>. La déstabilisation des contextes entraîne souvent une augmentation de la violence, y compris la violence sexuelle. Les femmes et les filles représentent la grande majorité des victimes de VBG et de viols, mais les hommes et les garçons ne sont pas épargnés et, bien que l'incidence signalée chez eux soit beaucoup plus faible, l'impact sur leur santé et leur bien-être peut être tout aussi dévastateur. Les personnes LGBTIQ+, les personnes handicapées, les enfants et les adolescents sont également souvent exposés à un risque accru de violence. Les besoins des victimes sont multiples et doivent être considérés comme faisant partie de toutes les opérations du HCR, avec une attention particulière sur les soins de santé et la protection.

<sup>3</sup> Résumé des données probantes concernant la Contraception 2019. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329884/WHO-RHR-19.18-eng.pdf?ua=1>

<sup>4</sup> Étude démographique des principaux indicateurs concernant les mères, les nouveau-nés, la planification familiale et le VIH dans des installations informelles de réfugiés au Tchad et au Cameroun. 2018-2020. Document interne

<sup>5</sup> Fiche d'information de l'ONUSIDA Journée mondiale de lutte contre le SIDA 2020 [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/UNAIDS\\_FactSheet\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf)

<sup>6</sup> Note d'information : Le VIH dans des contextes humanitaires. HCR et PAM 2019. [https://hivinemergencies.org/sites/default/files/inline-files/Final\\_HIV%20Data%20Doc%20UNHCR\\_WFP\\_May%202020.pdf](https://hivinemergencies.org/sites/default/files/inline-files/Final_HIV%20Data%20Doc%20UNHCR_WFP_May%202020.pdf)

<sup>7</sup> OMS, Département de la santé et de la recherche en matière de reproduction, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Conseil sud-africain de la recherche médicale. Estimations mondiales et régionales de la violence à l'égard des femmes : prévalence et effets sur la santé de la violence exercée par le partenaire intime et de la violence sexuelle exercée par le non-partenaire. Genève : OMS, 2013. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625\\_eng.pdf;jsessionid=65D035338E4C7740EAB6F9B5644FACD8?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=65D035338E4C7740EAB6F9B5644FACD8?sequence=1)

## 2. PRINCIPES DIRECTEURS

Le [Dispositif minimum d'urgence \(DMU\) en santé sexuelle et reproductive dans les situations de crise](#) est un ensemble coordonné de mesures de sauvetage nécessaires pour répondre aux besoins en SSR des populations affectées au début d'une crise humanitaire. Le DMU est élaboré par le Groupe de travail interorganisations sur la santé reproductive en crise (GTII). Les principaux objectifs sont qu'il n'y ait pas de besoins non satisfaits en matière de planification familiale, pas de décès maternels évitables et pas de violence basée sur le genre ou de pratiques néfastes, même pendant les crises humanitaires. Les normes [SPHÈRE](#) 2018 avancent les mêmes actions prioritaires en cas d'urgence. Les priorités du HCR dans la phase d'urgence sont axées sur la prestation du DMU (section 3.1. ci-dessous) tout en prévoyant simultanément des services complets de SSR.

## 3. ACTIONS PRIORITAIRES

La stratégie mondiale de santé publique 2021-2025 du HCR propose une approche inclusive avec une **action prioritaire précoce dans les situations d'urgence**, tout en développant rapidement les services, afin de garantir une **prise en charge complète de la santé sexuelle et reproductive et du VIH** à tous les réfugiés et, le cas échéant, aux autres personnes relevant de sa compétence. Le développement de ces services vise à bénéficier aux communautés d'accueil, aux réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR et à soutenir les gouvernements nationaux d'accueil dans l'amélioration de l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive et de lutte contre le VIH.

Les interventions humanitaires passées ont permis d'orienter les actions sanitaires prioritaires qui réduisent le plus significativement possible la morbidité et la mortalité dans les situations d'urgence et en post-urgence ainsi que dans les contextes humanitaires en général. L'action en matière de santé du HCR repose sur les données probantes disponibles. Le HCR concentre ses efforts sur les soins de santé primaire, en assurant la référence vers les soins de santé secondaire et tertiaire si nécessaire.

### A. Actions prioritaires en matière de SSR et de VIH dans les situations d'urgence

Conformément aux références interinstitutionnelles, les priorités du HCR dans la phase d'urgence portent sur la fourniture d'un dispositif minimum d'urgence (DMU) en matière de santé sexuelle et reproductive dans les situations d'urgence. Ci-dessous un résumé des principaux objectifs et de l'action que le HCR soutient et dont il assure le suivi.

#### Objectif 1 : Réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale

- La disponibilité de personnel qualifié pour les accouchements et les accouchements de toutes les

femmes dans les établissements sous la responsabilité de l'agence, avec une attention particulière concernant l'assistance et la surveillance de l'accès aux Soins obstétricaux et néonataux d'urgence de base (SONU-B) tout en assurant la référence en temps opportun vers les Soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets (SONU-C)<sup>8</sup>

- Surveillance des fonctions signalétiques SONU effectuées dans les établissements de santé pour s'assurer que les complications sont adressées d'une manière opportune et adéquate
- Mise en œuvre des pratiques à fort impact fondées sur des données probantes pour les soins néonataux, y compris l'initiation à la respiration et à la réanimation, la protection thermique, les soins néonataux essentiels, y compris le clampage tardif du cordon ombilical et l'initiation précoce à l'allaitement exclusif
- Fourniture d'informations à la communauté sur la disponibilité de services d'accouchement sans risque et sur l'importance de la demande de se faire soigner
- Notification de tous les décès maternels et néonataux
- Examen/audit de chaque décès maternel à l'aide des formulaires d'audit nationaux ou, au cas échéant, [le guide d'examen des décès maternels et le formulaire de collecte de données 2020 relevant au HCR](#)

#### Définitions et principales informations

**Décès maternel** décrit le décès d'une femme pendant la grossesse ou dans la période de 42 jours suivant la fin de la grossesse. Les hémorragies graves (le plus souvent après l'accouchement), les infections, l'hypertension artérielle pendant la grossesse (pré-éclampsie, éclampsie), les complications de l'accouchement et les avortements à risque sont les principales causes directes de décès maternels et représentent 75 % de tous les décès maternels.

**Le décès néonatal** est le décès d'un enfant né vivant dans les 28 premiers jours de vie. 99 % de la mortalité néonatale dans le monde survient dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. La majorité des décès néonataux (75 %) surviennent au cours de la première semaine de vie, et environ un million de nouveau-nés meurent dans les 24 premières heures. Les naissances prématurées, les complications liées à l'accouchement (c'est-à-dire l'asphyxie à la naissance), les infections et les anomalies congénitales sont à l'origine de la plupart des décès néonataux en 2017. Il est prouvé que les nouveau-nés qui meurent dans les 28 premiers jours suivant leur naissance souffrent d'affections et de maladies associées à l'absence de soins de qualité à la naissance ou de soins et de traitements qualifiés immédiatement après la naissance et dans les premiers jours de vie.

**La mortalité maternelle et néonatale est la plus élevée pendant et immédiatement autour de l'accouchement, ce qui fait de l'assistance qualifiée à l'accouchement la mesure la plus efficace pour les réduire.**

<sup>8</sup> SONU-B : traitement de l'infection (antibiotiques), traitement de la pré-éclampsie/éclampsie, traitement de l'HPP, aspiration manuelle des produits de la conception retenus/complications de l'avortement, accouchement assisté par aspiration/accouchement par du personnel qualifié, retrait manuel du placenta, réanimation du nouveau-né dans le cadre de soins SONU-C : SONU-B + capacité chirurgicale (y compris obstétrique, voir par exemple SONU-C) et transfusion sanguine

## Objectif 2 : Prévenir le VIH et les autres IST et réduire la morbidité et la mortalité qui y sont liées

- Mise en place de précautions standards dans tous les établissements de santé
- Utilisation rationnelle de la transfusion sanguine sûre
- Fourniture gratuite de préservatifs lubrifiés
- Fourniture d'un traitement antirétroviral (TAR) à toutes les personnes sous TAR avant l'urgence, y compris les femmes inscrites dans un programme de prévention de la transmission de la mère à l'enfant (PTME)
- Approche du traitement syndromique des IST
- Prophylaxie post-exposition (PPE) pour les victimes de violences sexuelles et d'exposition professionnelle
- Prophylaxie au cotrimoxazole pour les patients diagnostiqués avec le VIH

## Objectif 3 : Prévention des grossesses non désirées

- Mise à disposition d'une gamme de méthodes contraceptives réversibles à longue et à courte durée d'action [y compris les préservatifs masculins et féminins (lorsqu'ils sont déjà utilisés) et la contraception d'urgence]
- Information, y compris à l'aide du matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) existant
- Sensibilisation de la communauté aux services contraceptifs disponibles

## Objectif 4 : Prévention de la violence sexuelle et prise en charge clinique pour prévenir ou atténuer les conséquences de la violence sexuelle

- Mesures préventives aux niveaux de la communauté, de la localité et du district, y compris dans les établissements de santé, pour protéger les populations affectées, en particulier les femmes et les filles, contre la violence sexuelle
- Accès en temps opportun à la prise en charge clinique pour les victimes de viol et de violence exercée entre partenaires intimes. Cela comprend le soin des plaies, la prophylaxie post-exposition au VIH, la contraception d'urgence, le test de grossesse, les options de grossesse l'information, le traitement présomptif des IST, la vaccination contre le tétanos, l'hépatite B, la SMSPS et la référence vers des services spécialisés (santé, protection, socio-économiques, juridiques) selon les besoins et avec le consentement du patient
- Respect de la confidentialité et de la vie privée de toutes les victimes
- Renforcement des capacités du personnel de santé et de protection pour assurer une communication de soutien avec tous les survivants ; soins compatissants et confidentiels ainsi que conseils, anamnèse et examen et compréhension du système médico-légal et collecte de preuves médico-légales

## Objectif 5 : Coordination, collaboration et planification<sup>9</sup>

**Le personnel de santé du HCR** assure et participe activement à la mise en place de mécanismes de coordination de la SSR et du VIH au début de la situation d'urgence et s'engage dans la planification précoce du développement de services de prise en charge plus complets de la SSR et du VIH une fois que les besoins initiaux d'urgence sont satisfaits et qu'une évaluation plus complète de la situation de la SSR et concernant le VIH a été assurée.

**Le personnel du HCR chargé de la santé et de la protection** collabore notamment dans tous les aspects favorisant l'accès non discriminatoire aux services de SSR et de prise en charge du VIH pour toutes les personnes qui en ont besoin, et avec une attention particulière pour les besoins divers des femmes, des adolescents, des personnes handicapées, des personnes qui vendent ou échangent des faveurs sexuelles et des personnes LGBTIQ+.

**Les personnels du HCR chargé de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement (EHA), des abris et de la gestion des camps** travaillent ensemble pour permettre un comportement sûr et hygiénique pendant les menstruations tout en garantissant l'accès aux fournitures et au matériel pour la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) ; promouvoir des installations de soutien avec des toilettes/salles d'eau adaptées aux femmes et filles dans les écoles et les installations publiques, y compris la gestion des déchets, et fournir une éducation sur la santé et l'hygiène menstruelle.

**VIH** : L'Équipe de travail interinstitutions (ETII) sur le VIH dans les situations d'urgence humanitaire est co-présidée par le HCR et le PAM et compte des membres de 29 organisations. Le rôle de l'ETII consiste à renforcer la coordination et la capacité technique et opérationnelle des acteurs nationaux/régionaux et mondiaux pour prévenir, préparer et assurer une réponse de qualité et rapide au VIH dans les situations d'urgence. Au niveau national, au sein de l'Équipe conjointe des Nations Unies sur le VIH, le HCR et le PAM sont responsables, dans le cadre de la répartition des tâches, de la lutte contre le VIH dans les situations humanitaires. Ce dispositif comprend un soutien technique et opérationnel en réponse aux crises des réfugiés et des migrants afin de soutenir la riposte au VIH. Les principaux domaines d'engagement conjoint comprennent, entre autres, le travail de plaidoyer pour, par exemple, l'inclusion des réfugiés dans les programmes nationaux et les opportunités de financement et la garantie que les réfugiés et autres populations relevant de la compétence du HCR en situation de réfugiés soient effectivement pris en considération dans les processus, les interventions et les mécanismes de rapport au niveau national.

## Contexte de la COVID-19

Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, le soutien à la continuité des soins de SSR est une préoccupation particulière nécessitant une surveillance et un soutien continus. De plus amples informations sur la continuité des soins face aux défis opposés par la COVID-19 sont

<sup>9</sup> Dans le guide inter-agences du DMU, cela correspond aux objectifs 1 et 6



© HCR/Duniya Aslam Khan

Ouganda. L'aide est à portée de main pour les réfugiés sud-soudanais vivant avec le VIH.

disponibles dans le document [Orientations concernant la continuité des services de santé et de nutrition dans le contexte de la COVID-19](#), ainsi que dans le document [Orientations programmatiques pour la SSR dans des situations de crise humanitaire sensibles pendant l'épidémie de COVID-19](#) du GTTI.

## B. Soins complets de SSR et concernant le VIH

L'ensemble des soins de SSR s'appuie sur le DMU. Il couvre toutes les personnes qui en ont besoin, établit des voies pour un soutien multisectoriel, développe les soins préventifs, de réhabilitation, curatifs et palliatifs, assure une sensibilisation active, l'engagement et l'autonomisation des communautés et répond aux besoins spécifiques de différents groupes, notamment les adolescents, les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels et les personnes LGBTIQ+.

« La prestation de services complets et de haute qualité en matière de SSR dans des contextes humanitaires nécessite une approche multisectorielle et intégrée. La protection, la santé, la nutrition, l'éducation ainsi que l'eau, l'hygiène et l'assainissement et le personnel des services communautaires ont tous un rôle à jouer dans la planification et la fourniture de services de SSR. La meilleure façon de s'assurer que les services de SSR répondent aux besoins de la population concernée est d'impliquer la communauté dans chaque phase du développement de ces services ; ce n'est qu'alors que les personnes bénéficieront de services spécifiquement adaptés à leurs besoins et demandes, et ce n'est qu'alors qu'elles auront un intérêt dans l'avenir de ces services ».

**Source : Manuel de terrain interorganisations 2018**

Les soins complets de SSR pour les femmes et les filles visent à s'aligner, dans la mesure du possible, sur les concepts de [l'approche du parcours de vie en matière de santé sexuelle et reproductive](#). La réduction de la mortalité

de la mère et du nouveau-né demeure un objectif central pour l'action du HCR en matière de santé publique. En ce sens, il est essentiel d'assurer la présence de personnel qualifié lors de l'accouchement, de veiller à ce que les accouchements aient lieu dans des établissements de santé et d'assurer des voies de référence adéquates et opportunes vers des soins de santé secondaires. En outre, des actions connexes de prévention, de promotion et de traitement à d'autres moments de la vie (santé sexuelle et reproductive et nutrition des adolescents et des femmes, soins prénatals et postnatals, santé des nouveau-nés et des enfants) sont nécessaires pour répondre de manière adéquate aux besoins concernant les droits en matière de santé sexuelle et reproductive (SRHR) des réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR.

La planification de services complets de SSR, intégrés dans les soins de santé primaires, devrait commencer dès que possible. La collaboration avec les partenaires du secteur de la santé, pour utiliser les six éléments constitutifs du système de santé de l'OMS comme cadre pour le processus de planification globale de la SSR, est encouragée. Les principaux objectifs et les actions que le HCR soutient et surveille en ce qui concerne la programmation globale en matière de SSR consistent à :

- Veiller à ce que la programmation des services complets de SSR soit abordée dans le cadre du DMU
- S'assurer que les services de SSR répondent aux normes internationales, y compris le cadre « Disponibilité, Accessibilité, Acceptabilité et Qualité » du droit à la santé

Les services de proximité et de santé doivent être adaptés pour répondre aux besoins spécifiques des différentes communautés.

- Promouvoir un engagement communautaire significatif avec les femmes, les hommes, les adolescents et les personnes LGBTIQ+ tout au long du cycle du projet. Engager les dirigeants communautaires, y compris les leaders religieux, dans les dialogues et la promotion des services de SSR.

- Assurer le déploiement, la formation et la supervision adéquates du personnel de santé communautaire. Conformément aux politiques nationales, engager les sages-femmes traditionnelles dans des activités non cliniques telles que la promotion de l'utilisation des services de SSR et la référence vers des établissements de santé.
- Veiller à ce que la surveillance soit en place et sensible à l'identification de l'accessibilité et de l'acceptation des services pour les personnes ayant des besoins particuliers.

### Services de santé pour la mère et le nouveau-né

En plus des objectifs susmentionnés concernant les services initiaux minimums, et conformément aux recommandations de l'OMS, le HCR soutiendra et suivra :

- Accès à l'accouchement assisté par du personnel qualifié et utilisation des installations de santé SONU-B et SONU-C pour toutes les femmes et les filles qui ont besoin de soins.
- Adhésion aux principes de soins maternels respectueux.
- Soins essentiels du nouveau-né à la naissance (comprenant l'initiation de la respiration et la réanimation lorsque cela est nécessaire ; les soins thermiques, y compris la pratique du peau à peau, le clampage différé et les soins d'hygiène du cordon ; la promotion de l'allaitement maternel précoce et exclusif dans le cadre de l'initiative en faveur des nourrissons ; la vitamine K et la prophylaxie oculaire, et la vaccination) et les soins spéciaux pour les nouveau-nés malades et de petit poids.
- Accès à des soins post avortements sûrs dans toute la mesure autorisée par la loi.
- Consultation prénatale et postnatale, y compris le diagnostic de l'anémie, du paludisme, de la malnutrition, de la syphilis, du VIH et d'autres infections, et du traitement/de la prévention, y compris la supplémentation en fer et en acide folique, le soutien nutritionnel, le traitement préventif intermittent du paludisme pendant la grossesse et la fourniture de moustiquaires ainsi que la PTME.
- Intervention supplémentaire à fort impact en fonction des contextes spécifiques (par exemple soins maternels Kangourou).
- Accès à la santé mentale et au soutien psychosocial en renforçant les capacités du personnel de SSR par le biais de l'inclusion dans la formation mhGAP afin d'identifier et de prendre en charge les femmes ayant besoin de soutien et de faciliter la référence des troubles mentaux pertinents vers les services intégrés de SMSPS.
- La poursuite du renforcement des capacités des prestataires de santé grâce à des programmes de formation non intensifs et à fort impact.

**Services de contraception et de planification familiale complets** visant à satisfaire et à accroître la demande de méthodes modernes de contraception. Des services de contraception de qualité répondant aux besoins des individus et des couples à tous les stades de leur vie reproductive grâce à la compétence clinique des prestataires, de soins aux aptitudes en matière de conseil, y compris les informations fournies, au choix de la méthode, aux aptitudes relationnelles, au soutien à la

poursuite de l'utilisation de la méthode et à l'intégration avec d'autres services de santé.

Les prestataires de soins de santé doivent fournir des informations précises et complètes, permettant aux femmes, aux hommes et aux adolescents de choisir volontairement une méthode adaptée à leurs besoins. Le HCR doit soutenir et suivre l'évolution du DMU vers une contraception et une planification familiale complètes :

- Développement d'un personnel prestataire formé (y compris le développement d'attitudes)
- Sensibilisation, participation et responsabilisation des communautés, avec une sensibilisation de toutes les communautés concernées
- Développement de supports d'information, d'éducation, et de communication adaptés
- Sensibilisation

La prévention et le traitement du VIH ainsi que la prévention et le traitement d'autres IST sont de plus en plus intégrés dans les soins de santé primaire en général et dans les soins de santé sexuelle et reproductive. Dans la mesure du possible, les soins complets en matière de VIH doivent s'aligner sur la [stratégie mondiale de l'ONUSIDA pour le VIH](#).

En passant du DMU à la prise en charge globale du VIH, le HCR vise à soutenir et à surveiller la sensibilisation, la prévention et le traitement du VIH conformément au contexte et aux caractéristiques de l'épidémie dans le contexte des réfugiés. Il s'agit de :

- **Sensibiliser au VIH, prévenir et traiter** en fonction du contexte et des caractéristiques épidémiques de la population réfugiée et notamment :
  - Comprendre l'épidémie (prévalence, taille de la population, principales populations à plus haut risque de VIH, obstacles à la santé, considérations juridiques et liées à la stigmatisation) pour les réfugiés et la population d'accueil.
  - Lutter contre la stigmatisation et la discrimination, en priorité pour les prestataires de services et, si possible, pour la population générale.
  - Mesures de santé et de protection répondant aux personnes/communautés les plus à risque en travaillant avec et pour ces populations, y compris les personnes vendant ou échangeant des services sexuels, les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes, les hommes et femmes transsexuels et les consommateurs de drogues injectables.
  - Mettre en place une prévention combinée, adaptée au profil épidémique et notamment aux populations à risque :
    - » Mesures de prévention biomédicale : dépistage (y compris l'autodépistage), préservatifs et lubrifiants, PTME, y compris le suivi des enfants nés de femmes séropositives et le diagnostic précoce du nourrisson, PPE, traitement des IST et prophylaxie pré-exposition (PrEP), circoncision masculine médicale volontaire et échange d'aiguilles et de seringues le cas échéant.



- » Changement de comportement et communication : campagnes publiques, matériel éducatif/de sensibilisation, approches menées par les pairs.
  - » Interventions portant sur les facteurs contextuels contribuant à la vulnérabilité et au risque.
- Accès à des soins, un traitement et un soutien complets, comprenant :
- » Information et éducation des patients
  - » Soutien à l'adhésion, y compris d'autres modèles de prestation de services
  - » TAR pour toutes les personnes séropositives, surveillance de la charge virale, traitement des infections opportunistes
  - » Tests d'hépatite virale et de tuberculose
  - » Thérapie préventive contre la tuberculose conformément aux directives nationales
  - » Protection sociale, considérations concernant l'alimentation et la nutrition ainsi que les moyens de subsistance
  - » Soutien aux pairs et à la communauté : autonomisation, y compris les réponses communautaires des personnes vivant avec le VIH, des populations clés, des femmes et des filles
  - » Offre de tests de dépistage du VIH à tous les nouveaux cas de tuberculose
- Sur le plan politique, le HCR préconisera
- » l'inclusion des personnes vivant avec le VIH dans les programmes nationaux (prévention, dépistage, traitement et protection sociale) au même niveau que les nationaux
  - » le renforcement des lignes d'approvisionnement nationales pour les diagnostics et traitements liés au VIH
  - » l'absence de discrimination, stigmatisation, criminalisation et/ou refoulement basés sur le statut concernant le VIH et pas de dépistage obligatoire du VIH pour les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR

## Prévention et réponse à la violence basée sur le genre (VBG)

Les victimes de viol et de violence entre partenaires intimes (VPI) et d'autres formes de violence liée au sexe sont souvent confrontées à l'exclusion, à la stigmatisation et au blâme, ce qui limite leur accès et leur disponibilité aux soins de santé et aux traitements. Les femmes et les filles font l'objet d'une attention particulière, mais les services doivent être adaptés pour garantir l'accès des victimes de sexe masculin afin de répondre à leurs besoins ainsi qu'aux besoins spécifiques des personnes LGBTIQ+.

La réponse à la violence basée sur le genre (VBG) doit être centrée sur la victime, avec une approche basée sur les droits, en tenant compte des besoins et des décisions de la victime et en contribuant à réduire la discrimination et la stigmatisation. Tous les acteurs concernés doivent connaître les lois et politiques nationales pertinentes, en ce qui concerne le crime proprement dit (violence

sexuelle, et en particulier les viols sont considérés comme des crimes en vertu de la plupart des lois nationales), mais aussi être conscients des contextes dans lesquels les caractéristiques spécifiques de l'agression peuvent entraîner la criminalisation des victimes de la violence basée sur le genre (VBG) et de VPI.

Le HCR, en collaboration avec le FNUAP et l'OMS, a élaboré un [Guide pour la prise en charge clinique du viol et de la violence entre partenaires intimes](#), qui met l'accent sur une approche centrée sur la victime, les engagements de confidentialité, l'établissement de voies d'accès à la protection, au soutien social et juridique et des directives détaillées concernant l'examen physique et le traitement des survivants.

En particulier, le HCR devrait soutenir et surveiller :

- l'accès à la prise en charge clinique du viol et de la VPI pour toutes les victimes,
- que le droit des survivants à recevoir un certificat médico-légal d'agression soit connu et honoré,
- que le personnel du HCR et de ses partenaires respecte les principes directeurs du travail avec les victimes de violence basée sur le genre (VBG), que la communauté s'implique pour confronter la discrimination et la stigmatisation liées à la violence basée sur le genre (VBG) et à la VPI et les réduire. Une attention particulière doit être accordée aux enfants et adolescents victimes de la violence basée sur le genre (VBG) et de la violence sexuelle, dans des situations où des soins de santé doivent être dispensés dans la même mesure que pour les adultes, et le personnel de santé doit être formé pour communiquer avec les enfants victimes et fournir des espaces sûrs.
- l'approche active des personnes ayant des besoins spécifiques et des différentes communautés,
- les procédures opérationnelles standards (SOP) et voies d'accès aux soins médicaux spécialisés et à d'autres formes d'assistance, notamment la protection, le soutien économique, et les conseils juridiques.

## Autres activités de SSR

- Accès au dépistage du **cancer du col de l'utérus**, au traitement des lésions précancéreuses et à la référence vers le traitement des formes avancées de cancer du col de l'utérus et du sein conformément aux protocoles nationaux
- Efforts de sensibilisation et de prévention dans les contextes pertinents pour les  **mutilations génitales féminines/excisions**
- Accès à des informations précises et à des conseils sur la santé sexuelle et reproductive, la fonction sexuelle, y compris une éducation sexuelle complète fondée sur des données probantes
- Accès aux informations sur les menstruations, gestion de l'hygiène menstruelle, gestion des douleurs sévères pendant les menstruations
- Accès à la prévention, à la prise en charge et au traitement de l'infertilité conformément aux protocoles de référence du pays

Lorsque les services ne sont pas disponibles localement, le HCR doit agir en tant que coordinateur et soutenir les voies de référence et l'établissement de services concernant l'ensemble des soins pertinents en matière de SSR et de VIH.

## C. Les besoins spécifiques des différentes communautés

### Adolescents

Les adolescents sont confrontés à des obstacles supplémentaires pour accéder aux services de santé sexuelle et reproductive (SSR) et de lutte contre le VIH dans les contextes humanitaires, et ils courent des risques supplémentaires. Les jeunes ont des besoins différents en raison de leur développement physique et psychologique, ils ont des comportements plus risqués et souvent des connaissances insuffisantes en matière de SSR et de VIH. Simultanément, les attitudes, les politiques et les lois communautaires peuvent restreindre l'accès des adolescents à l'information et aux services. Souvent, les systèmes de santé ne visent pas à répondre aux besoins des adolescents concernant la SSR et le VIH.

Le HCR a élaboré un [Guide pratique pour lancer des programmes d'intervention de santé publique en matière de santé sexuelle et reproductive des adolescents \(SSRA\) : Santé sexuelle et reproductive des adolescents en situation de réfugiés](#), une approche en dix étapes pour lancer des interventions dans le domaine de la SSRA.

Une attention particulière doit être accordée aux adolescentes enceintes et allaitantes afin de leur assurer une assistance et un soutien (y compris une protection) supplémentaires sur les questions concernant, notamment :

- La protection de l'enfant : le [cadre du HCR pour la protection de l'enfant](#) s'applique à tous les adolescents, y compris les filles enceintes et allaitantes.
- Mutilation génitale féminine (MGF) : la MGF est condamnée par plusieurs conventions et traités internationaux, ainsi que par des législations nationales dans de nombreux pays. La MGF est considérée comme préjudiciable à la santé des enfants ; elle est, dans la plupart des cas, pratiquée sur des mineures, ce qui constitue une violation de la [Convention relative aux droits de l'enfant](#). Une [déclaration inter-agences sur les MGF](#) publiée en 2008 souligne que la ré-infibulation est considérée au même niveau que la MGF initiale et qu'elle est donc rejetée en tant que pratique médicale. Le HCR veillera à ce que les prestataires de soins de santé soient conscients de leurs obligations à cet égard.
- La fistule obstétricale, qui est le résultat d'un travail obstrué, est particulièrement répandue chez les filles et les jeunes femmes lors de leur premier accouchement. Les facteurs sous-jacents sont le mariage des enfants et les grossesses chez les adolescentes. Les principales actions sanitaires concernant la fistule obstétricale sont préventives : la prévention primaire consiste à retarder la première grossesse (contraception) et à faire appel à des accoucheurs qualifiés, la prévention secondaire consiste à identifier précocement la fistule obstétricale dans le post-partum et à appliquer un traitement conservateur. Enfin, la réparation de fistule devrait être mise à la disposition de toutes les femmes qui en ont besoin.

### Personnes qui vendent ou échangent des services sexuels

Les personnes vivant dans des situations humanitaires sont fréquemment confrontées à des perturbations des besoins de base, des moyens de subsistance et des mécanismes de soutien communautaire. Par conséquent, les personnes peuvent se livrer à la vente ou à l'échange de relations sexuelles. Les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ont des besoins particuliers en matière de santé et de protection qui restent souvent insatisfaits en raison de la dépriorisation, de la stigmatisation ou de la discrimination.

Le HCR et le FNUAP ont élaboré la [Directive opérationnelle : Répondre aux besoins en matière de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans les situations humanitaires](#), pour soutenir la planification et la mise en œuvre de projets.

L'objectif primordial de ces directives est d'**améliorer la santé, le bien-être et la sécurité** des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels dans des contextes humanitaires. Les objectifs spécifiques de santé peuvent être résumés comme suit :

- Renforcer la sécurité, les connaissances et les compétences en matière de santé des personnes qui vendent ou échangent des relations sexuelles ;
- Réduire la transmission du VIH et d'autres infections sexuellement transmissibles et améliorer la santé des personnes vivant avec le VIH ;
- Réduire le nombre de grossesses non désirées ;
- Assurer les soins médicaux et la protection des victimes de violence basée sur le genre et de VPI et mettre en œuvre des activités de prévention ;
- Renforcer l'autonomisation des communautés parmi les personnes qui vendent ou échangent des services sexuels ;
- Lutter contre la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels, ainsi qu'à l'encontre de leurs familles.

### Personnes LGBTIQ+

Le HCR souligne la nécessité d'un accès équitable aux soins pour les personnes LGBTIQ+ dans les situations humanitaires, y compris l'accès aux services de santé sexuelle et reproductive, un soutien complet pour toutes les victimes de violence basée sur le genre (VBG), la PrEP pour les personnes présentant un risque accru d'infection par le VIH comme les HSH et les transgenres et, si disponible, une supplémentation hormonale pour les personnes transgenres.

Document d'orientation du HCR : [Le travail avec les personnes lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexuels en situation de déplacement forcé](#) met en évidence des vulnérabilités et des besoins de santé qui se recoupent. Le HCR veillera à ce que les partenaires soient conscients et encouragent activement les actions nécessaires dans tous les secteurs.

Pour les personnes transgenres, l'accès aux **suppléments hormonaux** est un besoin très spécifique qui n'est pas disponible dans de nombreux programmes nationaux. La prochaine mise à jour des directives de référence du HCR comprendra des conseils sur la gestion des personnes transgenres ayant besoin d'une supplémentation hormonale.

#### Formations

- Formation DMU (GTII) <https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-distance-learning-module>
- E-Learning CMR-IPV (OMS, FNUAP et HCR) <https://who.csod.com/>

## 4. PRINCIPALES RÉFÉRENCES SUPPLÉMENTAIRES

### Documents d'orientation du HCR

- Document d'orientation opérationnelle du HCR : Soins de la mère et du nouveau-né : orientation opérationnelle (révision en cours)
- Santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de réfugiés : Un guide pratique pour lancer les interventions en matière de SSRA dans les programmes de santé publique. HCR 2019. <https://www.unhcr.org/5d52bcbd4>
- Orientation opérationnelle : répondre aux besoins de santé et de protection des personnes qui vendent ou échangent des services sexuels. HCR et FNUAP 2021 <https://www.unhcr.org/60dc85d74>  
Gestion clinique des victimes de viol et de la violence entre partenaires intimes (VPI). OMS, FNUAP, HCR 2020. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331535/9789240001411-eng.pdf?ua=1>
- Politique du HCR sur la prévention, l'atténuation des risques et la prise en charge en matière de violence basée sur le genre. 2020 <https://www.unhcr.org/5fa018914/>
- Ressources supplémentaires : <https://www.unhcr.org/reproductive-health.html>

### Documents techniques GTII

- Manuel de terrain interorganisations pour la santé reproductive dans les situations de réfugiés, GTII, 2018. <https://iawgfieldmanual.com/manual>
- Orientations programmatiques pour la santé sexuelle et reproductive en milieu humanitaire et fragile pendant la pandémie de COVID-19 2020. IAWG 2020 <https://iawg.net/resources/programmatic-guidance-for-sexual-and-reproductive-health-in-humanitarian-and-fragile-settings-during-covid-19-pandemic>
- Trousse à outils pour la santé sexuelle et reproductive des adolescents dans les situations de crise humanitaire. GTII 2020. <https://iawg.net/resources/programmatic-guidance-for-sexual-and-reproductive-health-in-humanitarian-and-fragile-settings-during-covid-19-pandemic>
- Feuille de route pour accélérer les progrès de tous les nouveaux-nés dans des situations humanitaires 2020 - 2024. Sauver les enfants, l'OMS, l'UNICEF, le HCR. 2020. <https://www.healthynewbornnetwork.org/resource/newbornroadmap/>



**STRATÉGIE GLOBALE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE DU HCR**

**2021-2025**

**AOÛT 2021**