

**Les nappes d'eau libre de Yusuf Batil, au Soudan du Sud, soulagent le bétail, mais la consommation d'eau non traitée présente un grave risque pour la santé des réfugiés soudanais qui vivent dans les environs.**



# Subvenir aux besoins essentiels

L'année 2012 a été l'une des plus difficiles de l'histoire du HCR, tant par le nombre que par l'ampleur des crises auxquelles l'Organisation a dû répondre simultanément, alors que des pressions sans précédent s'exerçaient sur ses ressources financières et humaines. Les crises qui ont éclaté ou perduré en Afrique et au Moyen-Orient ont mis à rude épreuve la capacité du HCR à subvenir aux besoins essentiels des personnes qui relèvent de sa compétence. Le HCR est néanmoins parvenu à accroître sa capacité à assurer des services de base grâce à la solidité de ses partenariats, notamment avec les organisations non gouvernementales et la communauté humanitaire dans son ensemble, les États et le secteur privé.

Une attention considérable a été accordée au déploiement de spécialistes expérimentés, aptes à assurer des fonctions de direction et de coordination. Pendant l'année, le HCR a déployé plus de 80 experts dans les secteurs de la santé, de la nutrition, de l'éducation et des abris, ainsi que dans le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH). L'objectif était de mettre en place rapidement des spécialistes sur le terrain au début des situations d'urgence. De plus, les experts du Siège ont passé collectivement plus de 1 100 jours en mission pour appuyer des opérations d'urgence, ce qui a privé certaines opérations en cours de l'appui nécessaire. ●●●

## Taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans

Dans le **camp de Kakuma au Kenya**, le taux de mortalité des moins de cinq ans, qui était de 0,6 pour 1000 par mois début 2012, était descendu à 0,5 pour 1000 par mois à la fin de l'année. Bien que cette baisse ne soit que de 0,1 point, il a fallu déployer des efforts sanitaires considérables pour parvenir à ce progrès dans le contexte d'une importante épidémie de paludisme. Cette réalisation s'explique par diverses raisons, dont l'ouverture d'un deuxième dispensaire satellite et l'amélioration de l'accès aux services de soins secondaires et tertiaires pour les cas graves. Ce changement est également imputable à une augmentation du nombre d'agents infirmiers déployés, lesquels ont prodigué des soins maternels et infantiles appropriés. Des efforts ont également été consentis pour améliorer la chaîne d'approvisionnement en médicaments essentiels, et la couverture vaccinale antirougeoleuse a augmenté pour atteindre 96 pour cent à la fin de l'année.

Au **Tchad**, le taux de mortalité des moins de cinq ans est passé de 0,7 pour 1 000 par mois à 1 pour 1 000 par mois chez les réfugiés centrafricains. Si ce chiffre n'excède pas les niveaux tolérés définis par la communauté humanitaire internationale, la hausse du taux reflète certaines faiblesses systémiques auquel il importe de remédier. Des progrès importants ont été accomplis, concernant l'amélioration de l'accès aux soins de santé primaires ; cependant, ces améliorations ont été entravées par une pénurie de médicaments, par des retards dans la passation de marchés à l'international et par l'arrivée tardive des financements. En outre, la couverture vaccinale antirougeoleuse a diminué pendant la période considérée, ce qui a peut-être contribué à l'augmentation du taux de mortalité chez les moins de cinq ans.

## EAU

Au **Kenya**, le HCR a apporté d'importantes améliorations au réseau d'alimentation en eau des camps de Dadaab et d'Alinjugur, où sont accueillis des demandeurs d'asile et des **réfugiés somaliens**. Le volume d'eau mis chaque jour à la disposition de la population réfugiée a considérablement augmenté, atteignant un taux de production quotidien de plus de 10 600 m<sup>3</sup>. L'accès à l'eau potable a réduit le nombre de cas de diarrhée dans les camps, et les écoles et centres de santé ont bénéficié d'un approvisionnement en eau suffisant. Ces réalisations ont été rendues possibles par l'installation d'un puits à haut rendement, d'un réservoir en acier surélevé pour améliorer le stockage de l'eau, de 200 robinets et d'environ 55 kilomètres de canalisations. Aujourd'hui, près de 25 puits à haut rendement sont opérationnels dans les camps de Dadaab et d'Alinjugur. Des conteneurs ont été distribués à toutes les familles afin d'accroître la capacité de stockage de l'eau à l'échelon des ménages et la qualité de l'eau potable est surveillée. Enfin, des membres de la communauté d'accueil et des réfugiés ont été formés et recrutés au sein de comités chargés de gérer les structures d'approvisionnement en eau et d'assurer une distribution équitable et durable de l'eau.

La situation dans le camp de **Dukwi (Botswana)**, touché par une pénurie d'eau en 2011, n'a pas changé depuis cette date. Plus de 3 200 réfugiés continuent de recevoir un volume d'eau inférieur à la norme minimale, qui est de 20 litres par jour. En 2010, deux puits ont été remis en état pour remédier à ce problème ; toutefois, en raison de retards administratifs dans la mise en service des puits, les équipements fournis par le HCR sont inutilisés depuis deux ans. L'approvisionnement limité du camp en eau est assuré, à grands frais, par une entreprise avec laquelle un accord a été conclu. ●

**F**ace à ces problèmes complexes, il a fallu imaginer de nouvelles stratégies et des approches innovantes pour s'adapter à l'évolution de la situation sur le terrain et pour permettre au HCR de maintenir des normes élevées et des programmes de qualité. Cela a été particulièrement important pour les populations urbaines et les autres populations ne résidant pas dans des camps : pour répondre à leur besoins, il a été nécessaire d'adopter une approche globale, impliquant tout un éventail de partenaires.

En 2012, le HCR a investi dans l'élaboration d'une nouvelle stratégie de gestion des informations et des données, assortie d'outils et d'activités de formation. Malgré ces efforts, l'obtention en temps utile de données exactes, rendant compte de la situation réelle sur le terrain, pose toujours un problème majeur.

### ABRIS ET ZONES D'INSTALLATION

La Section des abris et des zones d'installation a accru la capacité du HCR à offrir, en temps voulu, des solutions d'hébergement et d'installation adaptées et efficaces aux réfugiés et aux autres personnes relevant de sa compétence en renforçant les partenariats, la coordination et les capacités techniques. Le déploiement de quelque 35 spécialistes des abris a stimulé la fourniture d'une aide vitale en matière d'abris et de zones d'installation à des millions de réfugiés et de déplacés internes touchés par les crises qui sévissaient au Mali, au Myanmar, en République arabe syrienne (Syrie), en République démocratique du Congo (RDC) et au Soudan du Sud.

En 2012, le HCR a étudié de nouvelles solutions d'hébergement, plus pratiques et présentant un bon rapport qualité-prix, consistant notamment à acheter les

matériaux sur place et à fournir d'autres types d'abris. Parmi les principales activités du HCR dans le secteur des abris, citons :

- La mise au point d'un prototype en partenariat avec la société suédoise *Refugee Housing Unit* et la Fondation IKEA. Cinquante abris présentant des caractéristiques innovantes seront testés sur le terrain en 2013 pour valider la performance technique et évaluer le degré d'acceptation des bénéficiaires.
- Le déploiement de kits d'abris en prévision de l'hiver en Jordanie, en coopération avec le CICR et la FICR.
- La mise en œuvre de programmes destinés aux allocations de logement, qui permettent aux réfugiés d'accéder aux solutions d'hébergement qui répondent le mieux à leurs besoins, dans plusieurs pays dont le Liban et le Mali.
- L'élaboration, en partenariat avec l'Université de Stanford, d'une approche de conception des camps plus holistique, reliant les camps de réfugiés aux communautés des environs en tenant compte des facteurs socio-économiques et environnementaux, ainsi que des ressources locales.

### ENVIRONNEMENT

Les graves problèmes de protection associés à la dégradation de l'environnement et aux difficultés d'accès à des sources d'énergie sûres ont continué à se faire sentir en 2012. Parmi ces problèmes, citons les risques de violence sexuelle et sexiste encourus par les femmes qui quittent la relative sécurité des camps et s'aventurent au loin pour aller chercher du bois de chauffage et les tensions sociales dues à la concurrence que se livrent les réfugiés et les populations d'accueil pour accéder à des ressources rares. Pour contrer ces tendances, le HCR s'est efforcé d'améliorer ses programmes

“TOUT AUTOUR DU MONDE, À CAUSE DES CATASTROPHES, À CAUSE DE LA PAUVRETÉ, DES ENFANTS N'ONT PAS LA CHANCE DE CHANGER LEUR DESTIN. NOUS POUVONS, ET PARCE QUE NOUS LE POUVONS, NOUS DEVONS REMÉDIER À CETTE SITUATION”

# LE HCR AMÉLIORE LE LOGEMENT DANS UN CAMP DE RÉFUGIÉS AU YÉMEN



Faduma et ses enfants sont accueillis dans leur nouvelle maison.

## HCR au Yémen

**Camp de réfugiés de KHARAZ, Yémen, novembre 2012** | Cinq ans après avoir fui au Yémen pour échapper aux combats tribaux qui ont tué sa mère au Somaliland, Faduma se sent enfin chez elle dans une maison en dur, un foyer sûr qui lui permet d'espérer pour l'avenir de ses trois enfants. La famille a récemment déménagé dans l'une des nouvelles maisons en briques et en bois qui ont été construites par le HCR au camp de réfugiés de Kharaz. Les nouvelles maisons, construites grâce au financement reçu de l'Office Humanitaire des Communautés Européennes (ECHO), sont désormais un abri permanent pour quelque 1 260 réfugiés, en particulier des personnes âgées et des handicapés, dont certains vivaient sous la tente depuis six ans. Kharaz est situé dans le désert au sud du Yémen. Ce camp abrite près de 20 000 réfugiés somaliens qui ont fui leur pays d'origine en tentant la traversée périlleuse du golfe d'Aden vers le Yémen. Dans le camp, le HCR et ses partenaires fournissent aux personnes comme Faduma et ses enfants de la nourriture, un logement, des soins médicaux et des services d'éducation. Faduma est maintenant âgée de 35 ans. Elle était enceinte de trois mois quand elle est partie avec ses enfants vers le Yémen. Elle a été battue par

des passeurs lors de la traversée du golfe d'Aden. Elle a fait une fausse couche et elle a eu un rein gravement endommagé, ce pourquoi elle a dû être hospitalisée durant plusieurs mois. Après avoir récupéré la santé, elle a déménagé à Kharaz avec l'aide du HCR. Elle s'est sentie en sécurité à Kharaz et heureuse que ses enfants puissent aller à l'école, malgré la vie sous la tente pendant quatre ans sous des températures torrides et humides. Cet environnement hostile a aggravé son état de santé et mis à rude épreuve le bien-être et le développement de ses enfants. La nouvelle maison de Faduma, bien que spartiate avec une pièce et une latrine, est une grande amélioration par rapport à ce qu'elle a auparavant enduré. Le manque d'abris est un problème au camp de Kharaz, qui est encore aggravé par l'espace limité et une augmentation importante de la population du camp. Depuis le début de l'année 2011, la population du camp a augmenté de 28 pour cent. Elle s'élève aujourd'hui à près de 20 000 habitants, dont 96 pour cent sont somaliens. Des réfugiés vivant en milieu urbain ont également rejoint le camp l'année dernière, en raison de la situation économique et sécuritaire difficile. Le HCR, avec le soutien d'ECHO, a également construit deux blocs de latrines communes et

un système de drainage pour le centre de santé. De plus, l'agence pour les réfugiés a amélioré le système d'approvisionnement en eau du camp avec trois pompes électriques submersibles. Le HCR a également travaillé en étroite collaboration avec les autorités sur un projet d'expansion du camp. Des défis considérables demeurent, notamment pour les 3 000 réfugiés qui vivent encore sous la tente et dans des abris de fortune. Le Yémen accueille quelque 223 000 réfugiés somaliens ayant fui la sécheresse, le conflit, l'instabilité politique et les violations des droits de l'homme dans leur pays d'origine. De nouveaux réfugiés originaires de la corne de l'Afrique continuent d'arriver au Yémen et beaucoup rejoignent le camp de Kharaz. « Le HCR fera son possible pour continuer à améliorer les conditions de vie dans le camp », a déclaré Naveed Hussain, Représentant du HCR au Yémen. Pour Faduma et ses enfants, les résultats sont désormais tangibles. Après avoir emménagé dans leur nouvelle maison Faduma a expliqué : « Vivre dans une tente me faisait mal aux reins et c'était difficile pour mes enfants. Maintenant, je peux espérer que la vie s'améliorera pour mes enfants. » ■



environnementaux pour les réfugiés, en accordant une attention particulière à l'Afrique australe, à l'Afrique de l'Ouest, à l'Éthiopie et au Rwanda. À ce titre, il a cherché à remédier aux crises de l'énergie domestique observées dans plusieurs opérations afin de renforcer la protection des réfugiés et des autres personnes relevant de sa compétence. Parmi les projets environnementaux du HCR, citons :

- Une évaluation approfondie de l'utilisation de l'énergie domestique dans six pays – Burkina Faso, Éthiopie, Kenya, Rwanda, Soudan et Tchad – qui a fourni les données probantes nécessaires à la réorganisation de la stratégie du HCR dans ce domaine en 2013.
- L'éclairage et l'approvisionnement en énergie des camps de réfugiés au Kenya, en Ouganda, au Rwanda et au Soudan moyennant l'achat de plus de 150 lampadaires solaires, 7 000 fourneaux à haut rendement énergétique et 11 000 lampes solaires. La campagne de collecte de fonds *À des années lumière* a permis de financer le projet.
- Les plans d'action communautaires pour l'environnement mis en œuvre au Burkina Faso et au Niger à la suite d'évaluations d'impact réalisées par l'*Environmental Foundation for Africa* ; ces plans étaient destinés à impliquer les communautés dans les questions de gestion de l'environnement.

### ÉDUCATION

Le HCR a déployé sa stratégie éducative pour 2012-2016 dans les 13 pays suivants, qui accueillent 50 pour cent de la population réfugiée mondiale en âge d'aller à l'école : Bangladesh, Égypte, Éthiopie, Kenya, Malaisie, Ouganda, Pakistan, République islamique d'Iran, Soudan, Soudan du Sud, Syrie, Tchad et Yémen. Dans le cadre de cette stratégie, 300 agents de terrain, partenaires et fonctionnaires ont reçu une formation mettant l'accent sur la création d'environnements d'apprentissage sans risques. Pour améliorer la qualité globale de ses programmes éducatifs, le HCR a créé huit postes de collaborateurs nationaux chargés de l'éducation et mis en place des systèmes de suivi renforcés dans 11 pays. L'appui à l'éducation en situation d'urgence a été considéré comme une mesure

de protection cruciale, et l'UNICEF a été un partenaire essentiel dans cet effort. Au nombre des activités entreprises dans ce domaine en 2012, citons :

- Des efforts conjointement déployés avec l'UNICEF, en travaillant de concert avec les gouvernements, les ONG et les communautés réfugiées, qui ont accru la participation des filles à l'enseignement dans huit pays africains.
- L'élaboration par le HCR et *Save the Children* de principes directeurs sur l'éducation préscolaire gérée par la collectivité.
- Le lancement d'un programme éducatif sur quatre ans en coopération avec le programme *Éduquer un enfant*, qui dépend de la Fondation «L'Éducation avant tout», présidée par son Altesse la Sheikha Mozah bint Nasser du Qatar. L'objectif de ce programme est d'accélérer la scolarisation des enfants réfugiés et en 2012, il a d'ores et déjà permis à 176 000 enfants réfugiés d'aller à l'école dans 12 pays. L'initiative *Éduquer un enfant* a été inspirée par le deuxième objectif du Millénaire pour le développement : Assurer l'éducation primaire pour tous. Les deux protagonistes de ce partenariat stratégique se sont engagés à y contribuer sur un pied d'égalité : le programme sera financé à 50 pour cent par le biais du programme «Éduquer un enfant» et à 50 pour cent par le HCR (voir aussi le chapitre sur l'appui du secteur privé).
- L'inscription de 690 étudiants supplémentaires au programme de bourses DAFI, qui a bénéficié à plus de 2 000 élèves dans 40 pays. La campagne *ninemillion.org*, destinée à faciliter l'accès au sport et aux technologies, a profité à des enfants et à des jeunes en Afrique du Sud, en Algérie, au Costa Rica et au Maroc, aidant à lutter contre la xénophobie et à renforcer la cohésion sociale.

### SANTÉ PUBLIQUE

Une priorité accordée aux interventions sanitaires dans les opérations d'urgence s'est traduite par le déploiement de près de 50 spécialistes, issus du HCR ou d'organisations partenaires, mobilisables en urgence, pour appuyer

## ÉDUCATION

Au Yémen, le HCR a continué à exécuter un programme éducatif sur 5 ans pour les enfants réfugiés en âge d'aller à l'école primaire et maternelle, les enfants ayant des besoins particuliers, les apprenants adultes et les mères en situation de risque. Bien que l'ensemble du pays ait été en proie à des troubles qui ont imposé le transfert et la réduction des heures d'enseignement dans certaines écoles, des progrès remarquables ont été accomplis. Grâce au programme «Éduquer un enfant», plus de 1 800 et de 1 300 enfants déscolarisés ont respectivement été inscrits dans des programmes éducatifs à Sana'a et à Basateen. Le nombre d'inscriptions a fortement augmenté à Basateen, où il y a eu 800 nouveaux élèves de plus qu'en 2011. En étroite coopération avec le ministère de l'Éducation, le HCR a formé plus d'un millier d'enseignants et de directeurs d'école afin d'améliorer la qualité de l'enseignement dans les camps ; un rapport d'inspection confirme une remarquable amélioration des prestations des enseignants. Des uniformes et des fournitures scolaires ont été offerts à des enfants déscolarisés afin de permettre aux élèves issus de familles pauvres de se réinscrire à l'école. En outre, le HCR est parvenu à anticiper la forte augmentation des taux de scolarisation et à y faire face en construisant huit salles de classe supplémentaires.

L'opération du HCR au Tchad n'a pas atteint ses cibles en matière d'éducation dans les camps pendant la première partie de l'exercice biennal 2012-2013. Le taux de scolarisation est passé de 32 à 28 pour cent chez les réfugiés centrafricains et de 61 à 43 pour cent chez les réfugiés soudanais. L'accès aux programmes d'éducation et leur qualité se sont dégradés pour diverses raisons, notamment une météorologie peu clémente et le déménagement de deux camps. De surcroît, le manque d'enseignants qualifiés, les obstacles culturels entravant l'accès des filles à l'enseignement et d'importantes compressions budgétaires ont limité la capacité de l'Organisation à assurer pleinement les services prévus. Afin de surmonter ces obstacles, les programmes de formation des enseignants seront renforcés et des campagnes d'information souligneront l'importance de l'éducation. Enfin, la distribution d'uniformes prévue et le lancement de programmes de distribution de repas scolaires axés sur la collectivité devraient permettre d'accroître les taux d'inscription et de rétention.

## NUTRITION ET SANTÉ

Les rapports d'enquête présentent un bilan mitigé de la situation nutritionnelle et sanitaire des réfugiés en Éthiopie. Les études nutritionnelles réalisées dans les camps de **Dollo Ado** mettent en évidence une amélioration considérable des taux de malnutrition aiguë globale, qui s'élevaient approximativement à 12 pour cent à Bokolmany, 15 pour cent à Melkadida, 13 pour cent à Kobe, 16 pour cent à Hilaweyn et 32 pour cent à Buramino.

En revanche, les études cliniques entreprises dans les camps de **Sherkole** et de **Tongo**, dans l'ouest de l'Éthiopie, révèlent que l'état nutritionnel des réfugiés est déplorable. En raison de la crise qui a éclaté dans l'État du Nil bleu à la fin de l'année 2011, les réfugiés ont été forcés de parcourir de longues distances et de vivre dans la brousse sans nourriture. Ayant été obligés d'abandonner toutes leurs affaires derrière eux, les nouveaux arrivants ont souvent dû échanger des parties de leur ration alimentaire contre des vêtements et du bois de chauffe. Tous ces facteurs conjugués expliquent

pourquoi l'état nutritionnel des réfugiés, en particulier des enfants, est critique dans l'ouest de l'Éthiopie.

Les améliorations observées à Dollo Ado sont imputables à la collaboration efficace des organisations humanitaires travaillant dans divers secteurs. Les centres de nutrition ont été décentralisés, ce qui a permis d'améliorer l'accès des réfugiés aux programmes de nutrition et d'alimentation. En outre, le HCR a mis en place un solide programme de proximité afin de repérer les enfants malnutris et de les orienter vers des services adéquats. Enfin, les mécanismes de distribution générale de vivres et d'eau ont été améliorés du fait de l'installation de réseaux permanents d'adduction d'eau. Dans l'ouest de l'Éthiopie, l'Organisation prévoit d'introduire des mesures à long terme, semblables à celles qui ont été prises à Dollo Ado. Cependant, en réponse à la situation d'urgence survenue dans le Nil bleu, la priorité a été de mettre en place un suivi nutritionnel régulier, afin d'identifier les catégories vulnérables, telles que les enfants malnutris âgés de 6 à 59 mois, les mères allaitantes, les personnes âgées et certains réfugiés, et de les inscrire à des programmes d'alimentation d'appoint. Les populations relevant de la compétence du HCR ont continué à recevoir en moyenne 2 100 kcal par personne et par jour. Des sessions supplémentaires de formation sur les méthodes d'alimentation adéquates devraient aider à améliorer la santé des enfants l'année prochaine.

## ABRIS

Environ 23 000 maisons ont été endommagées dans l'ouest de la Côte d'Ivoire lors des crises de 2010-2011. Pour remédier à la situation, le HCR a contribué à la construction de quelques 1 600 maisons. Fin 2012, 80 pour cent des ménages vivaient dans des logements convenables, contre 75 pour cent en 2011. Dans le cadre de ses mesures d'aide aux populations de retour, l'Organisation a veillé à ce que les besoins des groupes vulnérables soient pris en charge. À cet effet, elle a poursuivi le processus participatif de remise en état et de reconstruction entamé en étroite collaboration avec les propriétaires de chaque maison. Ces efforts ont directement contribué à la satisfaction des besoins des familles concernées en matière de logement, mais aussi à la modification de l'état d'esprit des populations déplacées vis-à-vis du retour. Ils ont également incité certaines collectivités à investir dans la reconstruction de fermes, d'écoles et d'autres infrastructures essentielles.

Fin 2012, environ 130 000 réfugiés syriens étaient enregistrés au Liban. Ce chiffre augmente de manière exponentielle de jour en jour et les besoins dans le secteur des abris sont considérables au Liban. D'après l'évaluation du HCR, à la fin de l'année 2012, 16 pour cent seulement des réfugiés syriens vivaient dans des logements convenables. Les réfugiés étaient obligés de louer des entrepôts ou des bâtiments non terminés, ou de déménager dans des camps de tentes non réglementés. Les partenaires du HCR ont eu des difficultés à entrer en contact avec les réfugiés, dispersés dans plus de 700 sites. Le Liban manque également de bâtiments publics ou privés de grandes dimensions susceptibles d'être convertis en centres collectifs, ce qui limite toute extension de la capacité d'hébergement collectif. Compte tenu de la situation d'urgence en cours au Liban, l'Organisation s'est principalement attachée à fournir une aide d'urgence afin de préparer les logements à l'hiver.

Des kits d'étanchéité et des tentes fabriquées sur place ont été distribués à quelque 3 600 familles et les maisons non terminées isolées. Ces activités de préparation à l'hiver ont compromis les projets de remise en état des abris mais étaient d'une nécessité pressante et vitale. Des fonds ont été versés à plus de 300 familles d'accueil, au bénéfice de quelque 1 500 individus, mais il sera nécessaire en 2013 d'accroître le soutien aux familles d'accueil qui assurent un hébergement et offrent l'hospitalité. ●

des interventions dans les secteurs de la santé, de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et de la nutrition au Burkina Faso, en Iraq, en Jordanie, au Liban, au Mali, en Mauritanie, au Niger, au Soudan du Sud, en Syrie et en Turquie. Au sein du HCR uniquement, près de 70 missions techniques dépêchées du Siège, d'une durée totale proche de 500 jours, ont permis d'améliorer les interventions dans plusieurs opérations d'urgence et opérations en cours.

Le système d'information sanitaire en ligne (*WebHIS*) a été rebaptisé *Twine* et perfectionné afin de permettre une plus grande intégration des outils de gestion des informations utilisés pour étudier, suivre et évaluer les interventions concernant la santé publique, la nutrition, la sécurité alimentaire, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, le VIH/sida et la santé de la procréation. Des progrès ont été réalisés dans un certain nombre de domaines. Par exemple :

- Fin 2012, 84 des 95 sites surveillés (88 pour cent) présentaient des taux acceptables de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans. La norme du HCR pour cette catégorie de population est < 1,5 décès/1 000/mois.
- Le HCR a publié des directives mondiales sur l'accès aux programmes nationaux d'assurance maladie pour les réfugiés et aidé les opérations en Azerbaïdjan, en Fédération de Russie, en Malaisie, au Rwanda et en Thaïlande à réaliser des études de faisabilité concernant les régimes d'assurance maladie.
- *Twine* intègre plusieurs nouveaux outils pour surveiller la santé des réfugiés, notamment le système d'information sanitaire en milieu urbain, la méthodologie des tableaux de bord prospectifs, un outil d'évaluation des laboratoires et des instruments de surveillance (voir [twine.unhcr.org](http://twine.unhcr.org)).
- Le HCR et l'OMS ont conjointement élaboré un guide sur les besoins et les ressources en matière de soins de santé mentale et d'aide psychosociale dans les opérations d'aide humanitaire (<http://www.unhcr.org/509bb3229.html>), une liste actualisée de fournitures médicales et de médicaments indispensables et des matrices sur les stratégies de préparation et de réponse

minimum aux situations d'urgence dans les secteurs du VIH/sida, de la nutrition et de la sécurité alimentaire ainsi que de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène.

## SÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Le HCR a acquis, au fil des ans, une solide expérience de l'assistance sous forme de distribution d'espèces dans le cadre de ses programmes de rapatriement librement consenti et d'aide en milieu urbain. Cette expérience s'est avérée utile tout récemment au Moyen-Orient et le Haut Commissaire s'est déclaré très favorable à une augmentation systématique des interventions monétaires dans les opérations du HCR, de sorte que les réfugiés puissent bénéficier des avantages procurés par ce type d'aide en termes de protection. Le partenariat fiable et prévisible avec le PAM demeure essentiel pour l'engagement du HCR dans les interventions monétaires, ainsi que pour la sécurité alimentaire en général. Parmi les principales réalisations du HCR dans le domaine de la sécurité alimentaire en 2012, citons :

- Le lancement d'un nouveau guide sur les interventions monétaires dans les opérations du HCR, qui offre au personnel de terrain des conseils sur l'utilisation d'espèces et de bons.
- Des études de faisabilité conduites au Bangladesh, au Burundi, en Érythrée, au Malawi, au Mozambique, en Namibie, au Niger et au Zimbabwe en vue d'étendre les interventions monétaires.
- Des évaluations conjointes sur l'impact de l'aide alimentaire dans les situations de réfugiés prolongées, entreprises en étroite partenariat avec le PAM au Bangladesh, en Éthiopie, au Rwanda et au Tchad. Les conclusions mettent en évidence la nécessité de prêter une attention renouvelée à la promotion de l'autosuffisance dans le cadre d'une approche multipartite.
- Le déploiement avec le PAM des nouvelles directives révisées sur les missions d'évaluation conjointes. Ces directives ont guidé des missions d'évaluation sur le terrain dans 10 pays, notamment en ce qui concerne l'utilisation d'espèces et de bons d'échange. D'autres conseils sur les

missions d'évaluation conjointe seront diffusés au premier trimestre 2013.

## NUTRITION

Le soutien technique du HCR dans ce domaine a été centré sur des évaluations, la programmation et la surveillance nutritionnelles en situation d'urgence, à l'appui d'interventions nutritionnelles menées au Bangladesh, au Burkina Faso, en Éthiopie, en Jordanie, au Kenya, au Libéria, au Malawi, en Mauritanie, au Mozambique, au Népal, au Niger, au Rwanda, au Soudan, au Soudan du Sud, au Tchad et au Zimbabwe. Au nombre des interventions, citons :

- La mise à l'essai sur le terrain et la révision des principes directeurs sur les enquêtes nutritionnelles standardisées en situation d'urgence, en vue de leur finalisation en 2013. Le HCR a développé l'utilisation de la téléphonie mobile dans ce domaine, passant d'un pays pilote en 2011 à 11 en 2012.
- L'actualisation de la stratégie de lutte contre l'anémie du HCR, fondée sur les résultats d'un examen approfondi de la stratégie entrepris par l'Emergency Nutrition Network et l'*Institute of Child Health* dans sept pays pilotes.
- La distribution de directives opérationnelles sur l'utilisation de nouveaux produits nutritionnels, afin de renforcer le suivi des programmes dans ce domaine dans 10 pays.
- Des évaluations de l'utilisation des compléments alimentaires Nutributter® dans la Corne de l'Afrique et Plumpy'Doz® au Bangladesh et de leur effet sur l'anémie et la malnutrition aiguë, qui permettront d'améliorer la qualité des interventions dans le domaine de la nutrition.

## SANTÉ DE LA PROCRÉATION ET VIH ET SIDA

Chef de file avec le PAM des activités de lutte contre le VIH dans les situations d'urgence humanitaires, selon la répartition des tâches prévue au sein d'ONUSIDA, le HCR cherche à ce titre à déterminer les besoins en rapport avec le VIH des premiers stades de la crise jusqu'à la phase post-urgence, assurant l'intégration des interventions liées au VIH dans les programmes de développement. Dans le domaine de la santé de la procréation, le Haut Commissariat a centré ses efforts sur les adolescents et sur l'amélioration de l'accès aux services de planification familiale.

Le nombre de réfugiés bénéficiant d'une thérapie antirétrovirale a augmenté ces cinq dernières années. Ceci s'explique en grande partie par l'élargissement de l'accès au dépistage et par la décentralisation des soins dans les pays d'accueil, qui s'est traduite par une amélioration de l'accès tant pour les réfugiés que pour les populations des environs.

Un examen de 37 programmes axés sur la santé sexuelle et reproductive des adolescents a débouché sur le lancement de nouveaux outils et principes directeurs. En outre, une évaluation du programme de planification familiale mis en œuvre au Bangladesh a mis en évidence le rôle clé joué par les dirigeants communautaires.

## EAU, ASSAINISSEMENT ET HYGIÈNE

Le HCR a créé des postes de spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (WASH) dans 20 pays afin de renforcer son réseau technique dans les situations d'urgence. De plus, les opérations en Éthiopie, en Jordanie, au Kenya,

au Liban et au Nigéria, ainsi que les régions de l'Afrique centrale, de l'Afrique de l'Ouest, de l'Afrique de l'Est et de la Corne, ont bénéficié du déploiement de personnels de WASH, de personnels détachés et d'efforts de renforcement des capacités. Le HCR a également amélioré sa collaboration avec l'UNICEF pour consolider les interventions dans le secteur WASH en situation d'urgence. Parmi les activités importantes menées dans le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène en 2012, signalons :

- Le déploiement couronné de succès du système de suivi du secteur WASH, qui prévoit l'utilisation de comptes rendus mensuels. Le système de suivi sera étendu à deux pays supplémentaires en 2013.
- L'achat et la distribution d'équipements WASH, dont des kits d'analyse de la qualité de l'eau, pour améliorer le suivi direct dans les opérations concernées.
- La formation des spécialistes du secteur WASH en poste à Djibouti, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda et au Soudan du Sud à la préparation et à la réponse aux situations d'urgence.
- Les résultats positifs de la coopération entamée avec l'Université de Neuchâtel dans le cadre d'un projet de surveillance par satellite de la qualité de l'aquifère dans les camps de réfugiés de Dadaab (Kenya).
- La révision du plan stratégique du HCR pour le secteur WASH en Éthiopie, à l'issue d'une évaluation réalisée par la Fondation Veolia Environnement. ■

# ● Interventions monétaires

Plus de la moitié des personnes qui relèvent de la compétence du HCR vivent aujourd'hui aux cotés des populations autochtones dans des zones rurales ou urbaines, où elles doivent se débrouiller seules. Au lieu d'encourager la dépendance vis-à-vis de l'aide

humanitaire, les distributions d'allocations financières ou de bons d'échange laissent aux bénéficiaires la latitude de choisir la forme d'assistance la plus adaptée à leurs besoins. Les différentes modalités que peut prendre cette assistance sont illustrées dans le tableau ci-dessous.

Modalité de transfert	Description
Paiement « de la main à la main » ou paiement direct en espèces	Argent remis directement aux bénéficiaires par l'organisme d'exécution.
Bon sur support papier	Bon sur papier remis directement aux bénéficiaires et échangé contre des espèces dans des points d'encaissement désignés.
Distribution par le biais d'institutions de microfinance et de réseaux commerciaux	Espèces remises au bénéficiaire final par une institution formelle ou informelle servant d'intermédiaire.
Compte bancaire	Compte ou sous-compte bancaire personnel utilisé pour le dépôt des allocations financières. Obligation de présenter des papiers d'identité et, souvent, des justificatifs de domicile.
Carte prépayée	Carte en plastique utilisée pour retirer de l'argent dans les distributeurs automatiques. Nécessite une connexion au réseau.
Carte à puce	Carte en plastique avec puce, reconnue par les appareils des points de vente, utilisée pour obtenir des allocations en espèces et faire des achats. Ne nécessite pas de connexion au réseau.
Argent sur mobile	Code SMS utilisé pour obtenir des allocations en espèces et des bons dans certains points de distribution. Nécessite une connexion au réseau.
Bon sur mobile	Code SMS ayant valeur de bon d'échange dans des magasins. Nécessite une connexion au réseau.

Outre qu'elles permettent aux réfugiés de déterminer leurs propres priorités et la manière d'y répondre, les interventions monétaires renforcent la protection des personnes déplacées en minimisant la nécessité de recourir à des stratégies de survie négatives comme la prostitution de survie, le travail des enfants et le mariage forcé. Elles peuvent également aider à prévenir la séparation des familles. Selon certaines théories, les interventions monétaires peuvent provoquer des détournements de fonds et entraîner des

problèmes de violence sexuelle et sexiste et de corruption. Les évaluations des interventions monétaires entreprises par le HCR ont cependant montré que de telles théories sont généralement sans fondement et qu'une bonne planification et un bon suivi des programmes permettent d'éviter ces problèmes. Certaines situations récentes, où des interventions monétaires ont permis aux réfugiés de faire face aux difficultés et de tenir bon, sont présentées à titre d'exemple dans le tableau ci-dessous. □

Objectif	Pays
Allocation financière pour répondre aux besoins essentiels des personnes déplacées en milieu urbain, concernant en particulier les frais de logement	Égypte Éthiopie
Allocation financière pour répondre aux besoins essentiels de catégories vulnérables dans un camp	Tchad
Allocation saisonnière pour financer l'augmentation des dépenses pendant l'hiver (par ex. dépenses d'habillement, de chauffage)	Afghanistan Jordanie
Allocation aux communautés locales pour financer la rénovation de maisons destinées à accueillir des déplacés	Liban
Bons alimentaires pour assurer l'accès aux denrées de base	Syrie
Allocations d'hébergement pour les rapatriés	Soudan
Bons pour aliments frais, destinés à compléter les distributions générales de vivres et à diversifier le régime alimentaire	Kenya
Bons pour assurer l'accès à des articles non alimentaires dans des supermarchés	Équateur
Bons pour assurer l'accès à des articles essentiels dans un marché	RDC
Assurance maladie pour assurer l'accès aux soins médicaux	Rép. islamique d'Iran
Bons pour fournir des matériaux de construction aux déplacés de retour	Sri Lanka
Allocation financière pour faciliter la réinsertion socio-économique des rapatriés	Afghanistan Honduras Mozambique