

MANUEL EHA DU HCR

**Guide pratique pour les
contextes de réfugiés**

ORIENTATION DU PROGRAMME EHA DU HCR



UNHCR
The UN Refugee Agency

wash.unhcr.org

© Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, Genève

Septième édition, Janvier 2020

Toute partie de la présente publication peut être, sans l'autorisation des auteurs ou de l'éditeur, copiée, reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins locaux, à condition que les parties reproduites soient distribuées gratuitement, ou à prix coûtant et non à des fins commerciales, et que la source soit dûment citée comme indiqué ci-dessous.

Veuillez envoyer des copies de toutes les parties qui ont été utilisées au HCR à l'adresse indiquée ci-dessous.

Manuel EHA DU HCR Guide pratique pour les contextes de réfugiés
Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
Case Postale 2500. CH-1211 Genève 2 Dépôt Suisse.

Le présent document est le fruit d'un processus consultatif auquel ont participé les acteurs de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement dans les contextes de réfugiés. Le HCR a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, la publication est distribuée sans garantie d'aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de son interprétation et de son utilisation incombe au lecteur. Le HCR ne saurait en aucun cas être tenu responsable des dommages découlant de son utilisation.

Conçu et produit par le HCR.

ISBN : 978-2-9701249-0-0

MANUEL EHA DU HCR

Guide pratique pour les contextes de réfugiés

ORIENTATION DU PROGRAMME EHA DU HCR

Ben Harvey, Murray Burt, Franklin Golay et Ryan Schweitzer

avec des contributions de : Marian Schilperood, Eva Barrenberg, Claudia Perlongo,
Francesca Coloni, Dominique Porteaud, Abdou Savadogo, Sarah House et John Cody

wash.unhcr.org



Remerciements

Le présent document a été principalement écrit par Ben Harvey, avec de nombreuses contributions de Murray Burt, Marian Schilperood, Claudia Perlongo, Franklin Golay, Ryan Schweitzer, Eva Barrenberg, Francesca Coloni, Dominique Porteaud, Abdou Savadogo, Sarah House, John Cody et Mariama Ndiaye. Le HCR tient à remercier officiellement le grand nombre d'experts et de praticiens qui ont contribué à l'élaboration et à l'examen de ce document. Il s'agit notamment des personnes suivantes :

- Abdou-Salam Savadogo, Responsable régional EHA, HCR Dakar
- Abraham Varampath, conseiller principal WASH, Save the Children UK
- Allen Gidraf Kahindo Maina, Responsable de la santé publique, HCR Genève
- Andy Bastable, Directeur eau et assainissement, OXFAM GB, Oxford, UK
- Ben Harvey, Consultant EHA, HCR Genève
- Caetano Dorea, Département Génie civil et Génie des eaux, Université Laval
- Claudia Perlongo, Responsable EHA, HCR Genève
- David Githiri Njoroge, Responsable EHA, HCR Éthiopie
- Dominique Porteaud, Coordonnateur Global WASH Cluster, UNICEF Genève
- Elizabeth Lamond, Conseillère principale EHA, IRC New York
- Ellen Milnes, Maître de conférences en hydrogéologie, Université de Neuchâtel
- Eva Barrenberg, Responsable EHA associée, HCR Genève
- Francesca Coloni, Responsable régional EHA, HCR Tunis
- John Adams, Consultant EHA indépendant, Royaume-Uni
- John Cody, Consultant EHA, HCR Genève
- Jola Miziniak, Conseiller en santé publique, OXFAM GB, Oxford, Royaume-Uni
- Krischan Makowka, Conseiller technique UWASNET, Ouganda
- Marian Schilperood, Chef de la Section de la santé publique, HCR Genève
- Marion O'Reilly, Directrice de la promotion de la santé publique, OXFAM GB, Oxford, Royaume-Uni
- Murray Burt, Responsable EHA principal, HCR Genève
- Nicholas Brooks, Conseiller principal EHA d'urgence, CARE International.
- Nicole Hahn, Coordinatrice du WASH Cluster, UNICEF Philippines
- Richard Bauer, Conseiller principal EHA, Conseil norvégien pour les réfugiés
- Roberto Saltori, Point focal EHA, UNICEF Jordanie
- Ryan Schweitzer, responsable EHA, UNICEF Genève
- Samuel Gonzaga, Responsable EHA principal, HCR Liban
- Sarah House, Consultant EHA indépendant, Royaume-Uni
- Tom Handzel, Épidémiologiste, CDC Atlanta
- Tessa Gough, Gestionnaire du programme d'intervention d'urgence EHA, CARE
- William Carter, Responsable eau et assainissement, FICR Genève
- U Aye Muang, Responsable de la santé publique, HCR Éthiopie
- Yegerem Tsige, Responsable EHA, HCR Éthiopie

Acronymes et Abréviations

AAP	Accountability to Affected Populations (Responsabilité à l'égard des populations affectées)
AGD	Âge, Genre et Diversité
AGDM	Age, Gender and Diversity Mainstreaming (Intégration des critères d'âge, de genre et de diversité)
AWD	Acute Watery Diarrhea (Diarrhée aqueuse aiguë)
BCC	Behaviour Change Communication (Communication pour le changement de comportement)
CAP	Connaissances, Attitudes et Pratiques
CAT	Comprehensive Assessment Tool (Outil d'évaluation globale)
CATS	Community Approaches to Total Sanitation (Approches communautaires de l'assainissement total)
CBI	Cash-Based Intervention (Intervention monétaire)
CBO	Community Based Organisation (Organisation à base communautaire)
CCCM	Camp Coordination and Camp Management (Coordination et gestion des camps)
CFU	Colony Forming Units (Unités formant colonies)
CHW	Community Health Worker (Agent de santé communautaire)
CLTS	Community Led Total Sanitation (Assainissement total piloté par la collectivité)
COP	Country Operations Plan (Plan d'opérations par pays)
CPI	Comité Permanent Inter-organisations
CRL	Chlore Résiduel Libre
CRRF	Comprehensive Refugee Response Framework (Cadre d'action global pour les réfugiés)
CSP	Community Support Projects (Projet d'intérêt local)
DPD	Diéthyl-p-phénylènediamine
EHA	Eau, Hygiène et Assainissement
FGD	Focus Group Discussion (Discussion de groupe)
GBV	Gender Based Violence (Violence basée sur le genre)
GCR	Global Compact for Refugees (Pacte mondial pour les réfugiés)
GHM	Gestion de l'Hygiène Menstruelle
GPS	Global Positioning System (Système mondial de localisation)
GTT	Groupe de Travail Technique
H&S	Health and Safety (Santé et sécurité)
HP	Hygiene Promotion (Promotion de l'hygiène)
HTH	High Test Hypochlorite (hypochlorite concentré (sec))
HWTS	Household Water Treatment and Safe Storage (Traitement et stockage adéquats de l'eau dans les ménages)
HWWS	Hand Washing with Soap (Lavage des mains au savon)
IDP	Internally Displaced Person (Personne déplacée interne)
IEC	Information, Education et Communication
IM	Information Management (Gestion de l'information)
LGBTI	Lesbiennes, Gays, Bisexuels, Transsexuels et Intersexués

Acronymes et Abréviations

M&E	Monitoring and Evaluation (Suivi-évaluation)
MSF	Médecins Sans Frontières
NFI	Non-Food Item (article non alimentaire)
NTU	Nephelometric Turbidity Units
O&M	Operation and maintenance (Exploitation et maintenance)
ODD	Objectifs de Développement Durable
ONGI	Organisation Non Gouvernementale Internationale
PH	Public Health (Santé publique)
PHAST	Participatory Hygiene and Sanitation Transformation (Processus participatif pour la modification des comportements en matière d'hygiène et d'assainissement)
PLA	Participatory Learning and Action (Apprentissage participatifs et action)
PMR	Pacte mondial sur les réfugiés
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
POUWT	Point of Use Water Treatment (Traitement de l'eau au point d'utilisation)
PPE	Personal Protective Equipment (Équipement de protection individuelle)
PSEA	Prevention of Sexual Exploitation and Abuse (Protection contre l'exploitation et les atteintes sexuelles)
PVH	Personnes vivant avec un handicap
PLWHA	People Living with HIV/AIDS (Personnes vivant avec le VIH / Sida)
QIP	Quick Impact Project (Projet à effet rapide)
RAT	Rapid Assessment Tool (Outil d'évaluation rapide)
RCM	Refugee Coordination Model (Modèle de Coordination pour les Réfugiés (RCM))
RWH	Rain Water Harvesting (Récupération de l'eau de pluie)
SAR	Solids Accumulation Rate (Taux d'accumulation des boues)
SIG	Geographical Information System (Système d'information géographique)
TdR	Termes de références
TDS	Total Dissolved Solids (solides dissous totaux)
UDDT	urine-diverting dry toilet
UFW	Unaccounted for Water (Eau non comptabilisée)
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
UNOSAT	United Nations Operational Satellite Applications Programme - (Programme opérationnel pour les applications satellitaires)
VIP	Ventilated Improved Pit ((Latrines) améliorée à fosse ventilée)
VLOMM	Village Level Operation and Management of Maintenance (Gestion villageoise de l'exploitation et de la maintenance)
VSBG	Violence Sexuelle et Basée sur le Genre
WSP	Waste Stabilization Ponds (Étangs de stabilisation d'eaux usées)
WSP	Water Safety Plan (Plan de gestion de la sécurité sanitaire de l'eau (PGSSE))

Sommaire - Manuel EHA du HCR

REMERCIEMENTS	I
ACRONYMES ET ABREVIATIONS	II
SOMMAIRE - MANUEL EHA DU HCR	IV
INTRODUCTION	1
Public cible	2
Cadre juridique et politique et droits de l'homme à l'eau et à l'assainissement.....	3
Phases de réponse	5
Cadre global de la réponse EHA du HCR pour les réfugiés.....	7
1. PRINCIPES DE PROTECTION EHA DU HCR.....	10
Introduction	10
Terminologies utiles pour comprendre la protection et la responsabilité.....	11
Principe 1 : Consultation, participation et responsabilité.....	11
Principe 2 : Egalité d'accès en matière d'EHA	12
Principe 3 : Protection, sécurité et intimité.....	15
Principe 4 : Hygiène menstruelle.....	18
Principe 5 : Collaboration, coordination et capacités intersectorielles	20
2. STRATEGIE ET PLANS OPERATIONNELS EHA	23
Stratégie globale EHA.....	23
Stratégie pays EHA.....	23
Plans opérationnels EHA de site	25
Sites communs de réfugiés	25
Une approche globale de la fourniture de services EHA	26
Choix technologique approprié, qualité et optimisation des ressources	27
Programmation intégrée axée sur des solutions durables	29
Interventions EHA en milieu urbain	30
Interventions monétaires	33
Protection de l'Environnement	34
3. COORDINATION DU SECTEUR EHA	36
Modèle de Coordination pour les Réfugiés et coordination du secteur EHA.....	36
Modalités de mise en œuvre de la coordination du secteur EHA.....	37
Création d'un groupe consultatif.....	38
Création de Groupes de Travail Techniques (GTTs)	39
Guide pratique pour la coordination du secteur EHA	39
Établissement d'une stratégie sectorielle EHA et de plans de réponse opérationnels.....	42
Établissement de standards et d'indicateurs communs convenus	42
Préparation et planification de contingence coordonnées du secteur	44
Identification et application de leçons apprises et de bonnes pratiques du secteur	45

Sommaire - Manuel EHA du HCR

4. ÉVALUATIONS EHA	47
Principes généraux pour les évaluations EHA	47
Évaluation immédiate des besoins EHA	48
Évaluation immédiate des sites d'accueil potentiels de réfugiés	49
Processus et outils d'évaluation EHA	51
Analyse de l'évaluation EHA et établissement de rapports	56
5. SUIVI ET RAPPORTS EHA	59
Mise en place d'un suivi de routine des indicateurs EHA	59
Suivi des « indicateurs d'accès » EHA à l'aide d'une fiche de rapport mensuel	60
Suivi des « indicateurs ménage » EHA à l'aide d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) standardisée	60
Cartographie des infrastructures EHA	61
Indicateurs et objectifs EHA du HCR - janvier 2020	62
Suivi de la rentabilité et de l'efficacité des réponses EHA	63
REFERENCES	65

Introduction

Le HCR est le principal organisme responsable de la coordination, de la rédaction, de la mise à jour et de la promotion des orientations relatives à l'eau, à l'hygiène et à l'assainissement (EHA) dans les sites de réfugiés. Ce manuel EHA a été élaboré dans le cadre d'un processus de collaboration et de discussion ouverte avec les responsables EHA du HCR, ses agences sœurs et les experts et praticiens de la communauté EHA.

Introduction

1. Le présent manuel est l'une des deux parties complémentaires de l'Orientation EHA du HCR :
 - a. Manuel d'orientation du programme EHA du HCR
 - b. Orientations techniques EHA du HCR, disponible sous le lien wash.unhcr.org.
2. Ce manuel d'orientation du programme EHA vise à fournir des conseils sur les principes généraux qui devraient être pris en compte dans tous les programmes EHA à l'intention des réfugiés, y compris : la protection, la sécurité et l'intimité; l'accès équitable aux services EHA ; la consultation, la participation et la responsabilité ; la collaboration intersectorielle ; l'optimisation des ressources et la rentabilité ; le choix de technologies appropriées et de solutions durables ; les interventions monétaires; le renforcement des capacités des parties prenantes ; l'EHA en milieu urbain ; la protection de l'Environnement ; les plans sectoriels et opérationnels EHA ; la coordination et la planification des interventions d'urgence du secteur EHA ; les évaluations EHA ; le suivi de l'efficacité des interventions EHA ; et l'application du principe de responsabilité aux donateurs, aux bénéficiaires et aux autorités locales :
3. Les orientations techniques EHA sont un ensemble de documents clés qui regroupent des conseils techniques portant sur l'eau, la gestion des excréta, la gestion des déchets solides, la lutte contre les vecteurs de maladies et les interventions de promotion de l'hygiène dans les sites de réfugiés, avec un accent sur la garantie d'un niveau adéquat de services de base. Cet ensemble de documents, ressources et dessins techniques vise à présenter :
 - i) Un aperçu simple des options techniques EHA qui conviennent aux différentes phases des programmes pour les réfugiés, y compris une description de leurs avantages et inconvénients ;
 - ii) La position politique du HCR concernant les diverses options techniques ;
 - iii) Où trouver des informations plus détaillées sur la

conception technique et les informations opérationnelles approuvées par le HCR (par exemple les dessins de conception, les procédures d'essai de pompage, les spécifications de conception du réseau d'eau et les directives pour les enquêtes sur les Connaissances, Attitudes et Pratiques (CAP).

4. Dans la mesure du possible, le manuel a été rédigé pour compléter les ressources techniques EHA existantes. Au nombre des documents de base auxquels il est fait référence, on peut citer :
 - ◆ Manuel des situations d'urgence, (HCR, 2015)
 - ◆ Manuel de l'eau pour les situations de réfugiés (HCR, 1992)
 - ◆ Ingénierie dans les situations d'urgence (RedR, 2002)
 - ◆ Eau et assainissement pour les populations à risque (ACF, 2005)
 - ◆ Promotion de l'hygiène : Un manuel pratique (Ferron, Morgan, O'Reilly, 2007)
 - ◆ Élimination des excréta en situation d'urgence (WEDC, 2007)
 - ◆ Fiches techniques WEDC / OMS (diverses)
 - ◆ Fiches techniques OXFAM GB (diverses)
 - ◆ La Charte humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire (SPHERE, 2018)
 - ◆ Directives de qualité pour l'eau de boisson, 4^e édition (OMS, 2017).

- ◆ Technicien sanitaire en situations précaires 2^e édition (MSF, 2010)
- ◆ Guide de santé publique en cas d'urgence (John Hopkins et IFRC, 2008)
- ◆ EHA dans le cadre de la réponse globale pour les réfugiés (HCR, 2019)

5. On trouvera sur le site Internet wash.unhcr.org des directives de conception technique, des directives opérationnelles techniques et des dessins techniques, des devis quantitatifs, des spécifications sur les matériaux de construction et l'exécution des travaux qui complètent les informations contenues dans le présent document.

Public cible

6. Ce manuel EHA a été rédigé à l'usage du personnel du HCR, des acteurs EHA, des pouvoirs publics nationaux, des organismes de coordination des interventions d'urgence, des planificateurs d'urgence, des évaluateurs de programmes et de toutes les personnes ou organisations parties prenantes de la fourniture de services EHA dans les sites de réfugiés. Le présent manuel constitue le point de départ pour tout personnel EHA du HCR, ou tout partenaire EHA, pour se familiariser avec l'approche d'intervention EHA du HCR dans les contextes de réfugiés.
7. Il s'applique à toutes les situations dans lesquelles le HCR intervient auprès de réfugiés, y compris dans les pays à revenu faible, moyen et élevé, les situations

d'urgence, les situations prolongées et finalement le rapatriement ou toute autre solution durable identifiée. Le manuel met l'accent sur les réfugiés et les demandeurs d'asile, mais il convient et s'applique également aux autres personnes relevant de la compétence du Haut-Commissaire (c'est-à-dire les apatrides, les déplacés internes et les réfugiés rapatriés).

Cadre juridique et politique et droits de l'homme à l'eau et à l'assainissement

8. En 2010, l'Assemblée générale et le Conseil des droits de l'homme des Nations Unies ont expressément reconnu les droits de l'homme à l'eau et à l'assainissement. Comme le stipule l'article 11 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels et d'autres traités internationaux relatifs aux droits de l'homme, ces droits découlent du droit à un niveau de vie suffisant. Les aspects clés sont déclinés ci-après.

- ◆ L'eau doit être toujours disponible en quantité suffisante pour couvrir les besoins personnels et les usages domestiques, qui comprennent l'eau de boisson, de la lessive, de la préparation des aliments et de l'hygiène personnelle et domestique.
- ◆ L'eau de boisson et à usage domestique doit être salubre et acceptable pour les utilisateurs. Elle ne doit pas contenir d'éléments qui

constituent une menace pour la santé humaine. L'eau doit également être d'une couleur, d'une odeur et d'un goût acceptables pour éviter que les individus n'aient recours à des solutions de rechange polluées.

- ◆ L'eau et les installations sanitaires doivent être physiquement accessibles et à portée de toutes les couches de la population, en tenant compte des besoins des groupes particuliers, notamment les personnes handicapées, les femmes, les enfants et les personnes âgées.
- ◆ Les services d'eau doivent être abordables pour tous. Aucun individu ou groupe ne devrait se voir refuser l'accès parce qu'il n'a pas les moyens de payer.

Ce manuel vise à garantir à tous les réfugiés, dans tous les contextes, leurs droits à l'eau et à l'assainissement, tels qu'ils sont consacrés dans cet important document législatif.

9. En 2015, l'ONU a établi le Programme de développement durable à l'horizon 2030 spécifiant cinq domaines de grande importance pour l'humanité et la planète. Dans le contexte de la programmation EHA du HCR, ceux-ci peuvent se traduire par les quatre objectifs suivants :
- ◆ **Protection** : Les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR ont un accès universel et équitable à des services EHA abordables, ce qui est essentiel et

fondamental pour obtenir des résultats en matière de protection internationale.

- ◆ **Paix** : Les communautés d'accueil bénéficient d'un accès équitable aux services EHA améliorés aux côtés des réfugiés pour promouvoir une coexistence pacifique.
- ◆ **Prospérité** : Les réfugiés et les communautés d'accueil bénéficient d'une meilleure prospérité économique grâce à un meilleur accès aux services WASH, à la création de moyens de subsistance et à des interventions monétaires pour renforcer les marchés locaux de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène dans la mesure du possible.
- ◆ **Planète** : Les activités EHA visent à prévenir la dégradation de l'Environnement par une utilisation durable des eaux souterraines, la gestion des déchets solides et une gestion sûre de toute la chaîne d'assainissement, y compris l'élimination ou le recyclage des boues de vidange.

10. Le Programme de développement des Nations Unies à l'horizon 2030 spécifie également 16 Objectifs de développement durable. L'Objectif 6 consiste à « *garantir la disponibilité et la gestion durable de l'eau et de l'assainissement pour tous* d'ici 2030. Cette focalisation sur la couverture universelle, « *pour tous* », veut dire que les réfugiés et autres personnes relevant de la compétence du HCR doivent être inclus dans les plans nationaux

de développement pour l'eau et l'assainissement.

11. En 2018, l'ONU a confirmé le Pacte mondial pour les réfugiés (PMR). Le PMR s'appuie sur le Programme de développement des Nations Unies à l'horizon 2030 et les Objectifs de Développement Durable (ODD), ainsi que sur le Cadre d'action global pour les réfugiés (CRRF). L'idée derrière le PMR et le CRRF est que la création de nouveaux camps de réfugiés devrait être évitée et que les réfugiés devraient être pris en compte dans les plans communautaires dès les phases initiales. Dans le contexte EHA, la mise en œuvre du PMR fait appel entre autres activités à :

- ◆ L'inclusion de la préparation aux urgences parmi les priorités stratégiques de la programmation EHA ;
- ◆ l'identification des capacités EHA dans les zones susceptibles d'être affectées par des afflux de réfugiés ;
- ◆ L'identification de sites d'accueil de réfugiés appropriés dans des villages et villes existants ;
- ◆ La collaboration avec les ministères gouvernementaux responsables de l'eau, des infrastructures et de l'énergie ainsi qu'avec les acteurs du développement ;
- ◆ L'identification des infrastructures EHA existantes et l'évaluation de l'opportunité et de la manière dont elles peuvent être mises à niveau pour répondre aux besoins de

personnes supplémentaires (réfugiés) ;

- ◆ Le soutien des autorités nationales EHA et des fournisseurs de services EHA ;
- ◆ Lorsque les fonds sont disponibles, l'investissement dans des infrastructures durables qui profitent aux réfugiés et aux communautés d'accueil et continuent de bénéficier aux communautés d'accueil une fois que les réfugiés retournent dans leur pays d'origine ;
- ◆ La transition vers des services au niveau des ménages lorsque cela est possible pour promouvoir l'appropriation et cultiver la volonté de payer pour les services EHA chez les réfugiés et la communauté d'accueil, avec un examen des modèles de tarification favorables aux pauvres
- ◆ L'accent sur un accès universel et équitable à long terme à des services EHA gérés en toute sécurité sanitaire et abordables en adoptant des solutions technologiques rentables et respectueuses de l'Environnement et en encourageant l'inclusion de la prestation de services EHA pour les réfugiés dans les structures nationales ;
- ◆ La prestation de services conformément aux standards nationaux EHA ;
- ◆ Lorsqu'il existe des possibilités de moyens de subsistance pour les réfugiés, introduction d'un système de collecte de contributions (les frais couvrent (partiellement) les coûts de la prestation de services WASH).

Phases de réponse

Le HCR divise l'assistance aux réfugiés en quatre phases principales.

Phase d'urgence (court terme, 0 - 6 mois)

12. La définition utilisée par le HCR pour la phase d'urgence est décrite dans la Stratégie globale pour la santé publique du HCR (2014-2018) comme « *les six premiers mois après que le mouvement de population se soit stabilisé* ». Toutefois, le document note que cette définition ne devrait servir que d'orientation générale et que les épidémies peuvent constituer un retour à la phase d'urgence.

Phase de transition (moyen terme, 6 mois - jusqu'à 2 ans)

13. Avec toutes les activités de la réponse EHA, il y aura une période de transition au cours de laquelle la prestation des services EHA passera des activités d'urgence de sauvegarde des vies à des solutions rentables à long terme. C'est la phase où il y aura un mouvement vers des solutions avec une appropriation accrue par les ménages et une meilleure intégration avec les structures nationales existantes de fourniture de services EHA.

Phase post-urgence et prolongée (long terme, de 2 - 20 ans et plus)

14. *Aux fins du présent manuel, la phase post-urgence est décrite comme « les six premiers mois après que le mouvement de population se soit stabilisé jusqu'à ce qu'une solution durable ait été trouvée et que la population ne soit plus déplacée ».*

15. Au cours de la phase post-urgence, de nombreuses situations de réfugiés se prolongent sur le long terme. La définition utilisée par le HCR pour une situation de réfugiés prolongée est décrite dans les Tendances mondiales du HCR (2018) comme « *une situation dans laquelle 25 000 réfugiés ou plus de la même nationalité sont en exil depuis cinq ans ou plus dans un pays d’asile donné* ». Sur la base de cette définition, 15,9 millions de réfugiés en fin 2018. Cela représente 78 % de tous les réfugiés sous le mandat du HCR et souligne la nécessité de se concentrer sur l’amélioration des services EHA rentables à long terme pour les réfugiés dans des situations prolongées.

Solutions durables

16. Le HCR définit trois options de solutions durables pour les réfugiés qui sont : le rapatriement dans le pays d’origine (si les conditions le permettent), l’intégration dans le pays d’asile et la réinstallation dans un pays tiers.

Cadre global de la réponse EHA du HCR pour les réfugiés

Période	Phase d'urgence court terme 0 - 6 mois	Phase de transition moyen terme 6 mois - 2 ans	Phase post urgence / prolongée Long terme 2 - 20 ans et plus
	Communauté →		Ménage
Approvisionnement en eau	Cible 7,5 - 15 l / p / j <ul style="list-style-type: none"> • Distribution d'eau par camions citernes • Réservoir surélevé d'urgence (D306, D307, D308)* • Borne-fontaine d'urgence (D300) • Eau en bouteille • Aquatabs / PUR / HTH chlore** • Jerricane 10 l pliable (00096/08879)* ** • Jerricane 20 l rigide** • Seau avec couvercle / robinet (07071)** 	Cible 15 - 20 l / p / j <ul style="list-style-type: none"> • Système d'urgence de traitement des eaux de surface (EmWat) • Jetwells • Réseau temporaire de canalisations d'eau utilisant des réservoirs Oxfam, des tuyaux en PE et des robinets • Extension du réseau d'eau existant • Espèces / bons 	Cible 20+ l / p / j <ul style="list-style-type: none"> • Forage (D304, 305)* • Eau de surface et traitement • Château d'eau (D309, D310)* • Réseau de tuyauterie • Robinetterie (D301)* • Pompe à main (D302)* • Récupération de l'eau de pluie • Améliorations de la plomberie d'appartements • Espèces / bons
Gestion des excréta	Cible 1/ 50 (communautaire) <ul style="list-style-type: none"> • Toilettes en tranchée (D400, 401)* • Toilettes chimiques • Toilettes vidangeables surélevées(D405)* • Nettoyage quotidien/entretien • Dalle de toilette en plastique** • Bâche en plastique (03153)** • Kits de creusage de latrines** 	Cible 1 / 2 0 (partagée par des familles) <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la couverture des toilettes en commençant un programme de toilettes familiales, d'abord avec des toilettes partagées entre quatre familles (1 / 20) et puis améliorer en passant à des toilettes pour chaque ménage dans la mesure où les ressources le permettent. 	Cible 1 / 5 ou 1 par ménage <ul style="list-style-type: none"> • Dalles bombées simples pour latrine à fosse (D402, D403)* • Toilettes UDD (D406)* • Toilettes à chasse d'eau manuelle (D404)* • Améliorations de la plomberie d'appartement • Réseau d'égouts • Vidange/ traitement des boues • Espèces / bons
Lavage des mains	Cible 1 dispositif de lavage des mains par bloc sanitaire <ul style="list-style-type: none"> • Récipient de lavage des mains de 50 l avec robinet et support** • Savon (01511)** • Recharge quotidienne / entretien 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la promotion du lavage des mains au niveau des ménages et s'assurer que chaque toilette familiale partagée est équipée d'un dispositif de lavage des mains approprié. 	Cible 1 dispositif de lavage des mains par ménage <ul style="list-style-type: none"> • Récipient de 2 l ** • Lavabo / évier

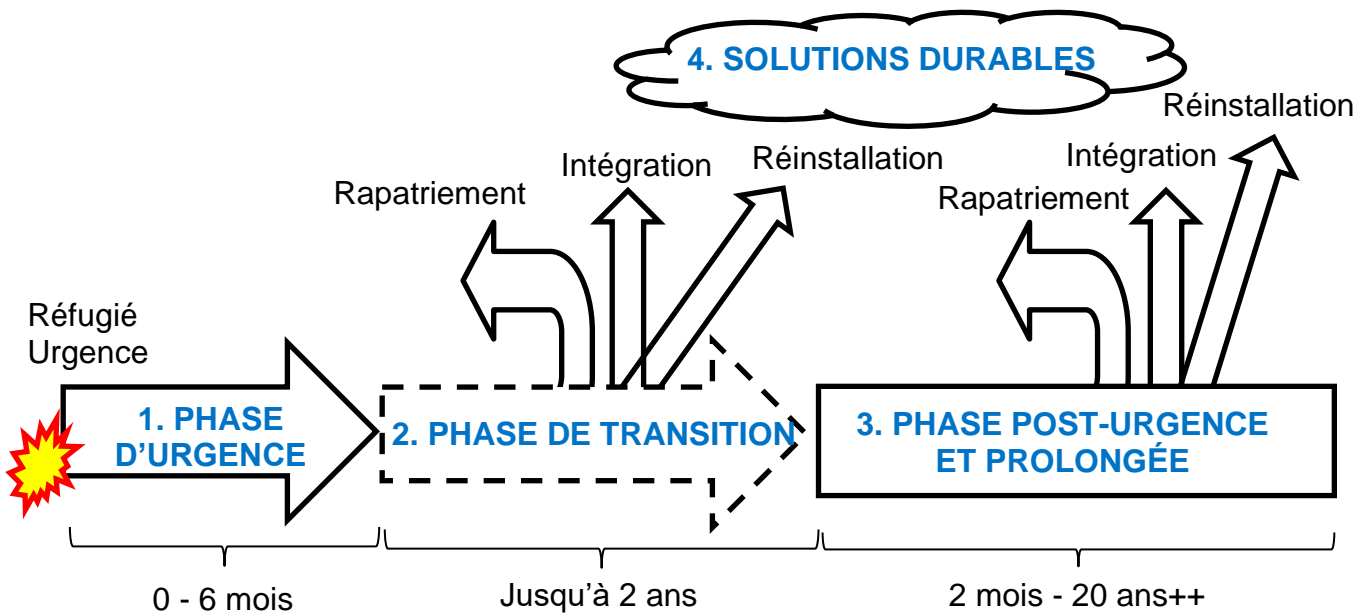
Abris de bain / douches	1 / 50 (communautaire) <ul style="list-style-type: none"> • Blocs de bains / douches (D700)* • Bâche en plastique (03153)** • Drainage Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène personnelle seulement (01511)** Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène menstruelle des femmes et des filles) (01511)** 	1 / 20 (partagée par des familles) <ul style="list-style-type: none"> • Augmenter la couverture de bain/douche (1 pour 4 familles) • Encourager les familles à construire leurs propres installations. Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène personnelle seulement (01511)** Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène menstruelle des femmes et des filles) (01511)** 	1/5 ou 1 par ménage <ul style="list-style-type: none"> • Cabine de bain / douche familiale • Encourager les familles à construire leurs propres installations. Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène personnelle seulement (01511)** Savon 250 g / p / mois <ul style="list-style-type: none"> • Hygiène menstruelle des femmes et des filles) (01511)**
Promotion de l'hygiène	1 / 500 Promoteur d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> • Supports IEC** • Kit d'hygiène** • Kit bébé** 	1 / 500 Promoteur d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> • Supports IEC** 	1 / 1000 Promoteur d'hygiène <ul style="list-style-type: none"> • Supports IEC**
Gestion des déchets solides	<ul style="list-style-type: none"> • Poubelles (collecte) • Services de collecte / travailleurs rémunérés au rendement • Fosses à ordures 	<ul style="list-style-type: none"> • Transition vers des solutions rentables à long terme gérées par la communauté ou des solutions individuelles gérées par les ménages 	<ul style="list-style-type: none"> • Centre de transfert / décharge (D500)* • Fosses à ordures ménagères • Recyclage, réutilisation • Campagnes de nettoyage
Lutte contre les vecteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent** • Traiter les latrines à fosse avec du chlore ou un insecticide pour tuer les larves de mouches 	<ul style="list-style-type: none"> • Transition vers des solutions rentables à long terme gérées par la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulvérisation intra-domiciliaire à effet rémanent** • Lutte contre les rongeurs
Buanderies	Savon 200 g / p / mois (01511)** <ul style="list-style-type: none"> • Lavabo** • Cordes à linge 8 mm (06644)** 	<ul style="list-style-type: none"> • Savon 200 g / p / mois (01511)** • Transition vers des solutions rentables à long terme 	Savon 200 g / p / mois (01511)** <ul style="list-style-type: none"> • Dalles à lessive (D701)* • Cordes à linge (D701)*
Écoles / Cliniques	<ul style="list-style-type: none"> • Toilettes à tranchées (D400, D401)* • Toilettes chimiques • Blocs de bains / douches (D700)* 	<ul style="list-style-type: none"> • Transition vers des solutions rentables à long terme 	<ul style="list-style-type: none"> • Blocs de sanitaires (D407, D408)* • Blocs de douches • Points d'eau / récupération d'eau de pluie / réservoirs

* Conception incluse dans les dessins standards du HCR accessible à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/dessins-techniques-eah/>

**Article à retrouver dans le catalogue d'équipements standards EHA du HCR accessible à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/specifications-equipement-wash/>

*** La description de l'article 00008879 a été mise à jour et remplacera la description 00000096 en juillet 2021.

Figure 1-1 Aperçu des priorités EHA du HCR par phase



- Interventions immédiates sauvant des vies
- Installations EHA communautaires
- Coûts immédiats plus élevés

- Intégration dans les systèmes nationaux
- Installations EHA familiales
- Faible coût d'exploitation à long terme

**Phase d'urgence :
Priorités EHA**

- Sauvegarde des vies / réduction de la transmission des maladies significatives dans le cadre de la santé publique
- Fourniture d'un accès immédiat aux services EHA de base.
- Identification des sites d'accueil appropriés pour les réfugiés.
- Suivi étroit de la fourniture de services EHA et des taux de mise à niveau.
- Pleine participation des réfugiés à la conception et à la fourniture des services EHA afin de réduire les risques liés à la protection.

**Phase de transition :
Priorités EHA**

- Transition vers des services EHA rentables avec une dépendance réduite à l'égard du carburant, de l'énergie, des produits chimiques et de l'expertise.
- Appui aux autorités et prestataires de services EHA nationaux.
- Renforcement des capacités des organisations communautaires de réfugiés.
- Transition vers des toilettes et des installations de bain familiales.
- Suivi de la fourniture de services EHA.
- Réduire les risques de protection EHA.

Priorités EHA de la phase post-urgence et prolongée :

- Prestation des services EHA conformément aux stratégies, politiques et standards nationaux.
- Transfert de la responsabilité de la fourniture des services EHA aux organisations communautaires de réfugiés et aux autorités et prestataires de services EHA nationaux.
- Recouvrement de contributions s'il existe des possibilités de moyens de subsistance pour les réfugiés (frais perçus pour couvrir les coûts de la prestation de services EHA).
- Suivi de la fourniture de services EHA.
- Réduire les risques de protection EHA.

1. Principes de protection EHA du HCR

Les conflits et les déplacements forcés affectent différentes personnes de diverses manières en raison de leur âge, identité sexuelle, orientation sexuelle, état de santé, capacités, origine ethnique, perspective culturelle ou politique, valeurs, attitudes et autres croyances. Certaines personnes, telles que les femmes, les adolescentes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes appartenant à des groupes marginalisés, sont souvent moins visibles, ont moins de pouvoir et moins de capacité à partager leurs opinions dans la communauté et de ce fait leurs possibilités de participer peuvent être limitées par rapport aux autres. Ils peuvent avoir des besoins, des priorités, des capacités et des vulnérabilités différents, ce qui aura une incidence sur la façon dont ils peuvent bénéficier des services et sur leur capacité d'exercer leurs droits. Il est dès lors important de tenir compte des obstacles à leur participation lors de la conception des réponses EHA.

Introduction

1. Les programmes EHA dans les contextes de réfugiés doivent prendre en considération les principes de protection et de responsabilité du HCR. Ces principes sont essentiels pour la protection des réfugiés et pour créer des conditions leur permettant de vivre en sécurité et dans la dignité.

Principe 1 : Consultation, participation et responsabilité : Les communautés sont consultées et participent aux phases des interventions EHA que sont l'évaluation, la planification, la conception, le suivi et l'entretien ; des mécanismes d'information et de rétroaction sont mis en place pour permettre une contribution communautaire continue tout au long du cycle du programme.

Principe 2 : Accès équitable à l'EHA : L'accès aux infrastructures et aux services EHA est équitable et tient compte des besoins des personnes ayant des besoins et des vulnérabilités spécifiques.

Principe 3 : Protection, sécurité et intimité: Des facteurs visant à renforcer la protection contre la violence, la prévention des accidents et le respect de l'intimité sont intégrés dans les programmes, les conceptions et les services EHA.

Principe 4 : Gestion de l'hygiène menstruelle : Les besoins des femmes et des filles pour leur permettre de gérer leurs menstruations en toute confiance, dans l'intimité et avec dignité sont intégrés dans les réponses EHA.

Principe 5 : Collaboration intersectorielle : Le secteur EHA

collabore avec d'autres secteurs concernés pour renforcer les aspects de protection du programme EHA.

Terminologies utiles pour comprendre la protection et la responsabilité

Protection : La protection englobe toutes les activités visant à assurer l'exercice, sur un pied d'égalité, des droits des femmes, des hommes, des filles et des garçons relevant de la compétence du HCR, conformément à la lettre et à l'esprit des corpus juridiques pertinents (droit international humanitaire, droits de l'homme et droit des réfugiés)¹. Elle comprend les interventions des États ou du HCR au nom des demandeurs d'asile et des réfugiés pour faire en sorte que leurs droits, leur sécurité et leur bien-être soient reconnus et sauvegardés conformément aux normes internationales. Ces interventions seront, entre autres, réputées assurer le respect du principe de non-refoulement ; promouvoir l'admission à la sécurité et l'accès à des procédures équitables pour la détermination du statut de réfugié ; faire respecter les normes humaines de traitement ; réaliser le droit à l'assistance et aux services ; promouvoir la non-discrimination et la mise en œuvre de solutions durables.

Responsabilité : La responsabilité à l'égard des populations touchées (AAP) peut être comprise comme

« un engagement actif des acteurs et des organisations humanitaires à utiliser le pouvoir de manière responsable en tenant compte de, en rendant compte à et en étant tenu responsables de rendre compte aux personnes qu'ils cherchent à aider ». Le principe de responsabilité exige que les acteurs humanitaires associent de manière significative les personnes relevant de la compétence du HCR aux décisions et processus clés qui les concernent, et assurent la transparence à travers une communication continue².

Principe 1 : Consultation, participation et responsabilité

Principe 1 : *Les communautés sont consultées et participent aux phases d'évaluation, de planification, de conception, de suivi et de maintenance des interventions EHA ; des mécanismes d'information et de rétroaction sont mis en place pour permettre une contribution communautaire continue tout au long du cycle du programme.*

Fondement :

2. Le HCR soutient les approches fondées sur le droit et les approches communautaires, qui visent à faciliter la participation pleine et entière des personnes relevant de sa compétence aux processus d'évaluation, de planification et de suivi, et par conséquent, aux décisions qui affectent leur vie. L'implication des personnes ayant des besoins, des priorités, des capacités et des

¹ <https://www.unhcr.org/4371d8362.pdf>

² <https://emergency.unhcr.org/entry/42554/accountability-to-affected-populations-aap>

vulnérabilités différentes dans la conception des programmes EHA présente de multiples avantages :

- a. Elle reconnaît la valeur intrinsèque que les réfugiés apportent au processus et accroît leur bien-être et renforce leur sentiment de dignité.
- b. Elle contribue à l'efficacité des interventions, car la participation d'un groupe diversifié de réfugiés signifie que le résultat final est plus susceptible de répondre à leurs besoins.
- c. Elle crée un sentiment accru d'appropriation et de satisfaction, et améliore le niveau d'utilisation et la prise en charge de l'entretien à long terme.
- d. Veiller à ce que chaque personne affectée puisse accéder à l'information sur l'ensemble de ses droits et au bon comportement du personnel de manière à ce qu'elle puisse en avoir une bonne compréhension, ce qui est particulièrement important en ce qui concerne la protection contre l'exploitation et les atteintes sexuelles.
- e. Elle contribue à accroître l'autonomisation et l'égalité entre les divers individus.
- f. Elle contribue à faire en sorte qu'un plus grand nombre de personnes puissent exercer leurs droits et mener une vie saine, sûre et digne.
- g. Si l'on ne fait pas participer la population réfugiée à la planification des services, le résultat probable sera

l'évitement, la mauvaise utilisation ou le vandalisme des services et des infrastructures EHA.

Le tableau 1.1 ci-dessous identifie les principales mesures qui soutiennent ce principe.

Principe 2 : Egalité d'accès en matière d'EHA

Principe 2 : *L'accès aux infrastructures et aux services EHA est équitable et tient compte des besoins des personnes ayant des besoins et des vulnérabilités spécifiques.*

Fondement :

3. L'accès équitable et universel aux installations et aux services EHA est essentiel pour renforcer la protection et la dignité des réfugiés et pour atteindre les objectifs de santé publique. Les installations EHA doivent être accessibles et utilisées confortablement par tous, y compris les enfants, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes à mobilité réduite, ainsi que les personnes appartenant à des groupes sociaux, ethniques et religieux minoritaires. Il est dès lors important que des mesures soient prises pour comprendre pourquoi certaines parties de la population de réfugiés sont à risque de bénéficier inéquitablement des interventions EHA ainsi que pour garantir que les infrastructures et services soient accessibles à tous. En outre, il est important que les niveaux de service EHA prennent également en compte les niveaux d'accès de la population hôte pour éviter d'éventuels conflits et la

concurrence liées aux ressources.
Le tableau 1.2 identifie les

principales actions qui soutiennent
ce principe...



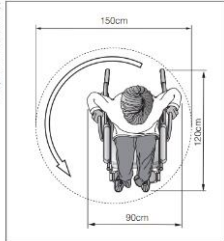
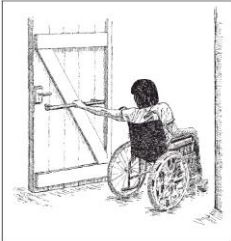
Tableau 1.1 Principales actions visant à faire participer les réfugiés tout au long du cycle du programme

A - Par étape du cycle du projet
Évaluation : Recueillir des données et des informations désagrégées. S'assurer que les questions sont posées aussi bien aux femmes qu'aux hommes, aux jeunes et aux adultes. Utiliser le processus d'enregistrement du HCR pour identifier les personnes qui peuvent avoir d'autres besoins spécifiques.
Planification : Faire participer les réfugiés, en particulier les femmes et les filles et les personnes à besoins spécifiques, au processus de conception des installations et des services EHA dès leur arrivée.
Mise en œuvre : Dans la mesure du possible, faire participer les réfugiés au processus de construction de leurs propres installations EHA au niveau du ménage.
Entretien et suivi : Dans la mesure du possible, faire participer les réfugiés à l'entretien courant et au suivi de leurs propres installations EHA.
B - Tout au long du cycle du projet
1. Utiliser différentes méthodologies (par exemple, discussions de groupes, visites à domicile) pour assurer l'inclusion de groupes capables de s'exprimer en toute confiance en public ou de participer sur un pied d'égalité (par exemple, les femmes, les adolescentes, les personnes âgées ou les personnes handicapées).
2. Veiller à ce que les exercices d'évaluations, de conception et de suivi intègrent des membres du personnel aussi bien féminin que masculin afin de s'assurer que les femmes et les filles puissent s'adresser à des femmes.
3. Faire participer les femmes à l'établissement des listes de distribution et à la supervision du processus de distribution des articles non alimentaires.
4. Renforcer la capacité et la confiance des femmes, des hommes, des adolescentes et des garçons à s'engager dans chaque étape du processus.
5. Fournir aux communautés affectées des informations sur les organisations qui les soutiennent ; les principes auxquels elles adhèrent ; les attentes envers leur personnel en termes de comportement ; les programmes qu'elles mettent en œuvre et les services qu'elles ont l'intention de fournir ⁴ . <ul style="list-style-type: none">• Cela permet aux personnes de savoir si elles sont traitées différemment ou de manière inappropriée, d'une manière qui constitue de la corruption ou de l'exploitation ou l'abus sexuelle.• Communiquer dans des langues, des formats et des médias faciles à comprendre, respectueux et culturellement adaptés aux groupes vulnérables et marginalisés.
LIEN : Pour des considérations utiles et des astuces relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA (UNHCR, 2017) ⁵ .

⁴ [CHS Alliance, The Sphere Project and Group URD \(2015\)](#)

⁵ [OG803/2017a Protection et Responsabilité dans le Domaine de l'EHA \(UNHCR, 2017\)](#)

Tableau 1.2 Actions clés pour soutenir le principe d'accès égalitaire aux interventions EHA

Principales actions			
<p>1. Donner la priorité aux installations familiales dans la mesure du possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> L'accès est amélioré dans toutes les situations en construisant des installations EHA plus près de l'utilisateur. Cela signifie que, chaque fois que cela est techniquement possible, <u>les solutions au niveau des ménages devraient toujours être privilégiées par rapport aux installations communautaires.</u> Dans certains cas, il peut être possible de fournir des installations EHA à domicile le cas échéant. 			
<p>2. Faire participer les enfants, leurs parents et les enseignants à l'identification des besoins d'articles non alimentaires (pots, cuillères, couches lavables, etc.) et à l'évaluation des options pour la conception des toilettes, des installations de bain et des points de collecte d'eau qui conviennent aux enfants⁵.</p>			
<p>3. Travailler avec les personnes handicapées, leurs accompagnants, les personnes âgées et les femmes enceintes - qui peuvent tous avoir une mobilité limitée. Leur faire participer en amont, à la conception des toilettes, des installations de bain, des points d'eau et des lavoirs auxquels eux-mêmes et d'autres personnes à mobilité réduite peuvent facilement accéder⁶. Faire également participer le personnel de santé à la conception d'installations accessibles dans les établissements de santé.</p> <ul style="list-style-type: none"> Un éventail d'adaptations, telles que l'augmentation de la taille de l'unité, l'ajout d'un siège nettoyable, des barres d'appui, une rampe avec des paliers de repos, des serrures et des portes plus larges, peut s'avérer utile. 			
<p>4. Tenir compte des différents groupes lors de la conception d'activités de promotion de l'hygiène (utiliser une variété de canaux de communication, de méthodes d'apprentissage et de médias pour inclure les personnes ayant des problèmes de vue ou d'ouïe).</p>			
<p>5. La prise en compte des besoins des différentes personnes lors de la distribution d'articles non alimentaires (par exemple, une file prioritaire pour les personnes âgées, les personnes handicapées et d'autres personnes qui peuvent être particulièrement vulnérables, peut aider à une collecte plus rapide et plus sûre)⁷.</p>			
Exemples de toilettes rendues accessibles aux personnes handicapées ou à d'autres personnes à mobilité réduite.			
 <p>Chaise trouée avec sangle et anneau pour le confort (Jones et Reed, 2005)</p>	 <p>Barres d'appui pour toilettes « turque » (Jones et Reed, 2005)</p>	 <p>Assurer de l'espace pour tourner (Jones et Reed, 2005)</p>	 <p>Poignées de porte à prise facile (Jones et Reed, 2005)</p>
<p>LIEN : Pour des considérations utiles et des astuces relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA du HCR (HCR 2017).</p>			

⁵ Ferron, S & Lloyd, A (SCF, 2014) *Emergency WASH for Children, Scoping Study [EHA pour les enfants en situation d'urgence, une étude provisoire]*

⁶ Jones, H.E., et Reed, R.A. (WEDC, 2005), ' [Eau et assainissement pour les personnes handicapées et les autres groupes vulnérables –. Conception des services pour améliorer l'accessibilité, WEDC., Université de Loughborough, UK, 2005'](#)

⁷ [Help Age \(2015, ADCAP\) Normes minimales d'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire, projet de capacité en matière d'âge et de genre](#)

Principe 3 : Protection, sécurité et intimité

Principe 3 : *Les questions de protection, de sécurité et d'intimité sont intégrées dans les programmes, conceptions et services EHA.*

Fondement :

4. **Protection** : La violence sexuelle et basée sur le genre (VSBG) désigne tout acte perpétré contre la volonté d'une personne et fondé sur des normes sexistes et des relations de pouvoir inégales. Certaines personnes, telles que les femmes, les adolescentes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes appartenant à des groupes marginalisés, y compris les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués (LGBTI), ont tendance à être plus vulnérables à la VSBG, qui peut également être exacerbée dans les situations d'urgence. Bien que le manque d'accès à l'EHA ne soit pas la « cause profonde » de la violence, il peut affecter la vulnérabilité des gens à la violence. Par exemple, quand les femmes estiment qu'elles doivent utiliser les installations après la tombée de la nuit ou se rendre dans des zones éloignées pour laver leurs vêtements dans un cours d'eau, deux cas qui accroissent les possibilités de violence sans que d'autres personnes ne s'en aperçoivent³.

Les types de violence les plus pertinents pour l'EHA comprennent :

- a. **Violence sexuelle** - viol, agression, attentat à la pudeur, attouchements
 - b. **Violence psychosociale** - harcèlement, intimidation ou en causant peur, stress ou honte
 - c. **Violence physique** - coups ou bagarres occasionnant des blessures ou la mort
 - d. **Violence socioculturelle** - ostracisme social, marginalisation politique, normes sociales ayant des impacts négatifs
5. **Sécurité** : En outre, des personnes peuvent aussi être blessées par une conception inadéquate ou une construction non sécuritaire des installations, telles que des arêtes coupantes, des planchers glissants, des latrines à fosse qui s'effondrent ou le contact avec des déchets dangereux. Des précautions doivent être prises lors de la conception et de la construction des installations EHA afin de protéger adéquatement les utilisateurs contre les accidents.
6. **Intimité** : L'intimité est une considération importante dans la conception des toilettes et des abris de bain, et a un lien direct avec la réduction de la VSBG.

Le tableau 1.3 ci-dessous identifie les principales actions qui soutiennent ce principe.

³ [House, S. Ferron, S. Sommer, M. and Cavill, S. \(WaterAid, 2014\) Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. \[Violence, genre et WASH: boîte à outils pour](#)

[praticien - Rendre l'eau, l'assainissement et l'hygiène plus sûrs grâce à l'amélioration de la programmation et des services.\]](#)

Tableau 1.3 Principales actions - principes de protection, sécurité et d'intimité

Principales actions	
1.	<p>Consulter les réfugiés et les faire participer aux décisions concernant leurs besoins, la conception et l'emplacement des installations dès leur arrivée sur le site.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veiller en particulier à ce que les femmes et les adolescentes soient parties prenantes de ce processus. Il est essentiel, lors de la conception des installations, de tenir compte des questions liées à la protection de l'intimité, à la sécurité et à la facilité d'utilisation en consultation avec les utilisateurs.
2.	<p>Faire participer les hommes et les garçons aux discussions sur leur sentiment de sécurité et celui de leur famille lorsqu'ils utilisent les installations EHA et les engager dans les processus visant à soutenir la protection des femmes, des filles et des garçons.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les garçons peuvent également être vulnérables à la violence sexuelle et sexiste et ont besoin de se sentir en sécurité lorsqu'ils utilisent les installations EHA, et les faire participer à la recherche de solutions peut également contribuer à réduire les causes de la violence.
3.	<p>Demandez une rétroaction sur la « convivialité » des installations et aussi sur le « sentiment de sécurité », afin que des modifications puissent être apportées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bien qu'il soit utile et approprié de poser des questions sur le « sentiment de sécurité », le personnel EHA devrait s'abstenir de poser des questions sur des incidents réels de violence ou sur les détails de ce qui s'est passé⁸. • Si des incidents de violence sont mentionnés au cours des discussions, l'information devrait être gardée confidentielle et partagée discrètement avec un collègue de la protection qui utilisera des procédures normalisées conformes à l'éthique de la protection pour réagir. Les gens peuvent être exposés à des risques supplémentaires si les incidents de violence sexuelle et sexiste dont ils sont victimes deviennent notoirement connus.
4.	<p>Donner la priorité aux personnes ayant des besoins spécifiques en matière de services EHA. Demander à des collègues de la protection d'aider à consulter les personnes appartenant à des groupes particulièrement vulnérables au sujet de leurs préoccupations et des solutions en matière d'EHA. En particulier, il faut leur demander de consulter discrètement les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués pour identifier toute préoccupation qu'ils peuvent avoir au sujet de l'utilisation des installations EHA et des solutions possibles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués ou des personnes appartenant à d'autres groupes particulièrement vulnérables ou marginalisés peuvent faire face à des risques accrus de discrimination ou de violence si les informations les concernant ne sont pas traitées de manière appropriée. Il est dès lors essentiel de travailler sous la direction des collègues de la protection lorsqu'il s'agit de déterminer leurs besoins. • La meilleure solution pour les groupes les plus vulnérables est probablement l'installation de toilettes et de sanitaires familiales. Si des installations communautaires sont indispensables, il faut veiller alors à ce que des toilettes unisexes accessibles soient également fournies ainsi que des installations séparées selon le sexe et que celles-ci se trouvent dans des zones bien éclairées.
5.	<p>Prendre toutes les dispositions utiles pour que les installations EHA soient conformes aux normes nationales pour les réfugiés hors camps ou en milieu urbain, et pour que les services des communautés hôtes ne soient pas surchargés et pour réduire les risques de conflit pour des ressources limitées.</p>
<p>LIEN : Pour des considérations utiles, des astuces relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA (HCR, 2017).</p>	
<p>Note importante sur la nécessité d'apprendre davantage dans tous les contextes : Il faut beaucoup plus d'apprentissage dans le domaine des caractéristiques qui peuvent rendre les installations plus conviviales, plus sûres et offrir une intimité adéquate. Il faut beaucoup plus de consultations, de discussions et de rétroaction avec les utilisateurs, en particulier les femmes et les adolescentes, mais aussi d'autres utilisateurs. Veuillez documenter et partager largement votre savoir.</p>	

8. [House, S. Ferron, S. Sommer, M. and Cavill, S. \(WaterAid, 2014\) Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. \[Violence, genre et WASH: boîte à outils pour praticien - Rendre l'eau, l'assainissement et l'hygiène plus sûrs grâce à l'amélioration de la programmation et des services.\]](#)

Tableau 1.4 Caractéristiques principales des installations EHA qui peuvent contribuer au sentiment d'intimité et de sécurité

Caractéristiques de conception
1. Donner la priorité aux toilettes et aux installations de bain familiales. En cas d'impossibilité, encourager le partage des installations sanitaires par un maximum de 2 à 3 familles.
2. Les latrines et les installations sanitaires communautaires devraient toujours être séparées selon le sexe - avec une signalétique claire pour les femmes et les hommes.
3. Encourager également les unités accessibles et sans distinction de sexe (unisexe) - si des toilettes / installations de bain communautaires séparées par sexe sont fournies, il est également de bonne pratique d'inclure plusieurs grandes unités « sans distinction de sexe » (unisexe) accessibles en fauteuil roulant qui peuvent être utilisées par les hommes ou les femmes (ratio suggéré de 1 / 500). Elles peuvent être utilisées par les personnes à mobilité réduite, les mères de jeunes enfants et les personnes transsexuelles qui peuvent être victimes d'abus ou de harcèlement en utilisant des installations séparées selon le sexe.
4. Serrures internes - elles devraient être montées sur la porte pour toutes les latrines et les unités de bain (communautaires / partagées / ménage). Les portes et les murs doivent être solides afin qu'il ne soit pas facile de percer des trous dans le matériau.
5. Concevoir les installations EHA de manière à protéger l'intimité - en particulier, consulter les femmes et les adolescentes pour la conception d'éléments d'intimité pour les toilettes et les douches, tels que la hauteur des murs, les écrans appropriés et le choix des matériaux muraux.
6. Fournir des options d'éclairage pour les latrines et les unités de bain - aussi bien féminins que masculins afin qu'ils puissent être utilisés pendant les heures d'obscurité. <ul style="list-style-type: none"> • Dans l'idéal, l'éclairage devrait être fourni dans toutes les zones communes des camps et des logements, y compris les unités de bain et les toilettes. Éclairer seulement les latrines et les unités de bain est une autre solution provisoire, mais des problèmes peuvent se poser lorsque seules les latrines féminines sont éclairées et que les hommes se rassemblent sous la lumière, ce qui rend les femmes moins disposées à utiliser les unités. Si des torches sont fournies, un minimum de deux devrait être mis à la disposition de chaque famille avec des mécanismes solaires ou de remontage.
7. Adopter une conception qui réduit les risques de blessures physiques - qu'il s'agisse d'objets tranchants, de surface glissante ou de la présence de déchets dangereux.
8. Prendre toutes les dispositions utiles pour que les installations EHA soient situées dans des zones sûres - mener des consultations sur les sentiments de sécurité pour établir la perception de la sécurité de différentes zones.



Figure - Douches d'urgence où les utilisateurs ont installé leur propre barrière d'intimité.
(Crédit photo : Coloni, F / UNHCR)

LIEN : Pour des considérations utiles relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au [Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA](#) (HCR, 2017).

Principe 4 : Hygiène menstruelle

Principe 4 : *Les besoins des femmes et des filles pour leur permettre de gérer leurs menstruations en toute confiance, dans l'intimité et avec dignité sont intégrés dans les réponses EHA.*

Fondement - Gestion de l'hygiène⁴ :

7. Les femmes et les filles ont leurs règles pendant environ la moitié de leur vie, à partir d'autour de 10 à 19 ans (apparition des premières règles) jusqu'à la fin de la quarantaine ou cinquantaine (ménopause). La menstruation est un processus naturel qui représente une partie saine du cycle reproductif et est au centre de la vie elle-même. Mais c'est aussi un processus qui, dans presque tous les contextes du monde, conduit souvent à des sentiments d'embarras, de stress et de honte. Le sang doit être géré à l'aide d'un assainissement et d'une hygiène appropriés. Cela signifie qu'il faut disposer de protections hygiéniques pour absorber le sang. La fille et la femme doivent avoir accès à des installations EHA appropriées pour changer leurs protections hygiéniques, se laver et se sécher et tremper, laver, sécher ou se débarrasser des protections hygiéniques usées. Dans les situations d'urgence de réfugiés, les filles et les femmes peuvent perdre leurs mécanismes d'adaptation habituels pour gérer

leurs menstruations et être obligées de vivre en contact étroit avec des parents masculins et parfois des étrangers avec une intimité limitée, ce qui ajoute des défis supplémentaires.

Le HCR a pris cinq engagements en faveur des femmes réfugiées

L'un d'entre eux est :

« La fourniture d'articles sanitaires à toutes les femmes et filles relevant de sa compétence sera systématisée dans tous les programmes d'assistance du HCR, ceci est considérée comme cruciale pour la dignité et la santé des femmes. »

L'engagement consiste à fournir :

- Du coton absorbant (4 m² / an) ou des serviettes jetables (12 / mois).
- Des sous-vêtements (6 / an).
- Du savon (250 g / mois) - en plus de la distribution générale de savon à toutes les personnes touchées.

8. Elles ont également besoin d'occasions de discuter de l'hygiène menstruelle et de renforcer leur confiance dans la gestion efficace de leurs menstruations. La GHM est souvent associée à une série de tabous, dont certains ne sont pas problématiques, mais d'autres le sont. Cela inclut les femmes ou les filles qui croient qu'elles ne doivent pas se laver ou prendre un bain pendant tout ou une partie de leur cycle menstruel, car elles craignent des conséquences négatives (telles que devenir stérile, folle,

⁴ [House, S., Mahon, T., and Cavill, S. \(WaterAid, 2012\) 'Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world'. \[Questions d'hygiène](#)

[menstruelle. Une ressource pour améliorer l'hygiène menstruelle dans le monde \]](#).

tomber malade, ou mourir). Il existe également une série de pratiques ou de restrictions qui varient selon les personnes d'origines et de cultures différentes.

programmes en cours peuvent être trouvés dans la Boîte à outils sur l'hygiène menstruelle dans les situations d'urgence.⁵

Le tableau 1.5 ci-dessous identifie les principales actions qui soutiennent ce principe.

9. Des conseils complets sur l'intégration de la GHM dans les

Tableau 1.5 Principales actions qui soutiennent la gestion de l'hygiène menstruelle (GHM) dans les contextes de réfugiés

Principales actions	
1.	Consulter les femmes et les filles sur la GHM, y compris les filles et femmes handicapées, et consulter les gens sur leurs besoins et leurs préférences en matière de soutien.
2.	Se renseigner sur les pratiques, les normes et les croyances associées à la GHM dans chaque société. Cela peut lutter contre les pratiques néfastes et à établir le soutien plus approprié.
3.	Fournir des protections hygiéniques abordables adaptées à la culture et à l'âge. <ul style="list-style-type: none"> Les préférences peuvent varier. Il est essentiel d'assurer à la fois des types de produits appropriés et le nombre de pièces nécessaires pour qu'une femme ou une fille puisse gérer efficacement ses menstruations. Elles doivent être remises par personne et non par famille et doivent tenir compte des besoins au fil du temps.
4.	Fournir des articles non alimentaires supplémentaires qui soutiennent la gestion des menstruations (tels que des petits seaux avec couvercles, des sous-vêtements, une corde et des pinces à linge et du savon supplémentaire ⁹). <ul style="list-style-type: none"> Se référer à l'engagement non négociable du HCR envers les femmes en ce qui concerne les articles de protection hygiénique.
5.	Veiller à ce que les installations permettent un changement facile des protections hygiéniques dans l'intimité et la dignité. Il est essentiel de veiller à ce que les femmes et les adolescentes participent à la conception. <ul style="list-style-type: none"> Les caractéristiques d'utilisation peuvent inclure un accès facile à l'approvisionnement en eau ; la fourniture de crochets pour accrocher les effets afin d'avoir les mains libres ; l'inclusion de petites étagères sur lesquelles mettre des serviettes, du savon et d'autres articles, et la fourniture d'un miroir de longueur ¾ pour vérifier s'il y a des taches et pour la dignité.
6.	S'assurer que des options sont disponibles pour le trempage, le lavage, le séchage et l'élimination des protections hygiéniques ou d'incontinence. <ul style="list-style-type: none"> Cela peut nécessiter l'installation de seaux de collecte dans chaque unité de latrines et de bain, mais il doit ensuite y avoir un système de transfert durable et discret des articles jusqu'à l'élimination finale et de la formation et des équipements de protection pour ceux qui manipulent les déchets contenant du sang.
7.	Fournir aux filles et aux femmes des informations et des occasions de discuter des bonnes pratiques de GHM et aux hommes et aux garçons d'en apprendre davantage sur la menstruation et sur la manière de soutenir les femmes et les filles.
8.	Renforcer les capacités et la confiance du personnel masculin et féminin, des enseignants, du personnel de santé et d'autres acteurs dans le domaine de l'hygiène menstruelle.
LIEN : Pour des considérations utiles relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA (HCR, 2017).	

⁹ La norme Sphère est d'au moins 450 g de savon par personne et par mois (hygiène personnelle - 250 g ; lessive / autres - 200 g). Les femmes et les filles ont besoin de 250 g supplémentaires par mois pour la GHM.

⁵ [\(Columbia University / IRC 2017\), 'Menstrual Hygiene Management in Emergencies Toolkit'](#) [Boîte à outils pour la gestion de

[l'hygiène menstruelle dans les situations d'urgence\]](#)

Principe 5 : Collaboration, coordination et capacités intersectorielles

Principe 5 : *Le secteur EHA assure la coordination entre les organismes et collabore avec d'autres secteurs pour renforcer la protection, la qualité des réponses et pour intégrer les mécanismes de responsabilité dans notre travail.*

Fondement :

10. Nombre des services à fournir aux réfugiés et aux autres populations touchées exigent des connaissances et des compétences intersectorielles. Il est essentiel que les acteurs EHA intensifient leurs efforts de coordination entre les organismes et collaborent entre les secteurs pour assurer les services les plus efficaces et les plus appropriés ; et en particulier pour s'assurer que les personnes appartenant à des

groupes particulièrement vulnérables et marginalisés reçoivent des services appropriés d'une manière sûre. Dans certains domaines, le secteur EHA a des connaissances particulières qui peuvent renforcer le travail d'autres secteurs, telles que la fourniture et la gestion d'installations EHA dans les établissements scolaires et de santé ; et pour d'autres, tels que le secteur de la protection, l'expertise spécialisée en matière de protection peut aider à renforcer les réponses EHA, en particulier dans des domaines tels que la problématique femmes-hommes, l'amélioration de la sécurité et l'engagement auprès des groupes particulièrement vulnérables.

11. Le fait d'offrir des occasions pour et d'écouter la rétroaction, de faire participer les personnes touchées à la prise de décision et de leur

Tableau 1.6 Actions qui soutiennent l'engagement intersectoriel et la responsabilité

Action
1. Coordonner entre les agences et collaborer entre les secteurs. Voir le tableau ci-dessous pour de plus amples détails.
2. Renforcer la capacité du personnel, des partenaires et des entrepreneurs à mettre en œuvre ces principes. <ul style="list-style-type: none"> En particulier, s'assurer que tous les travailleurs de première ligne ont leurs capacités renforcées, et qu'ils comprennent la conduite et les comportements qu'on attend d'eux ainsi que les principes de protection pour s'assurer que leurs actions n'amplifient pas la vulnérabilité des personnes touchées.
3. Prendre toutes les dispositions utiles pour que des mécanismes de rétroaction à l'échelle de la réponse soient en place, et fassent l'objet d'un suivi et qu'on donne suite aux rétroactions ¹⁰ <ul style="list-style-type: none"> Des mécanismes de rétroaction efficaces permettent aux programmes de recevoir des informations sur l'efficacité des interventions et d'offrir aux populations touchées la possibilité de faire part de leurs préoccupations et de signaler les abus.
4. Utiliser les ressources de manière efficace, efficiente et éthique ¹² .
LIEN : Pour des considérations utiles et des astuces relatives aux actions ci-dessus et des études de cas, se référer au Document d'information sur la protection et la responsabilité dans le domaine de l'EHA (HCR, 2017).

¹⁰ [CHS Alliance, The Sphere Project and Group URD \(2015\) Core Humanitarian Standard ; CHS Guidance Notes and Indicators \[CHS Alliance, Projet Sphère et Groupe URD \(2015\) Norme humanitaire fondamentale; Notes d'orientation et indicateurs du SHC\]](#)

permettre de faire des compliments
ou de déposer des plaintes
renforce leur sentiment de bien-
être, les aide à s'adapter aux défis
auxquels elles sont confrontées et
leur permet de jouer un rôle actif
dans leur propre rétablissement.

12. Il faudrait également renforcer les capacités de tout le personnel et de tous les partenaires qui appuient l'action en faveur des réfugiés, afin de s'assurer qu'ils ont la capacité et la confiance nécessaires pour pouvoir mettre en œuvre des programmes et des services d'une manière qui garantit la sécurité et la dignité des personnes conformément à ces principes ; ainsi que pour s'assurer que les ressources sont utilisées de manière efficiente, efficace, équitable et conforme à l'éthique en vue d'une responsabilité ultime envers les populations touchées.

Tableau 1.7 Domaines de collaboration pour le secteur EHA dans le cadre des réponses en faveur des réfugiés

Domaines de collaboration	
Services Commun -autaires	<ul style="list-style-type: none"> Articles d'hygiène menstruelle ; articles pour l'incontinence ; et autres articles non alimentaires. La mise en place et la gestion de systèmes de rétroaction pour les réponses en faveur des réfugiés.
Enregistrement	<ul style="list-style-type: none"> Identification du nombre de personnes touchées par zone ; identification des groupes particulièrement vulnérables, tels que les personnes âgées, les personnes handicapées, les incontinents et les femmes enceintes.
Protection	<ul style="list-style-type: none"> Consulter et engager les groupes particulièrement vulnérables, tels que les lesbiennes, gays, bisexuels, transsexuels et intersexués, les personnes atteintes d'albinisme, les personnes appartenant à des groupes particulièrement vulnérables, y compris par l'intermédiaire d'organismes spécialisés qui peuvent aider à développer des stratégies de soutien et de communication avec lesdits groupes. Clarification des informations à fournir aux populations touchées sur l'ensemble de leurs droits et les bons comportements du personnel. Soutenir le suivi pour obtenir les rétroactions des femmes, des filles, des hommes et des garçons sur les réponses EHA, y compris sur les sentiments de sécurité ; et assurer le suivi des signalements de violence liée à l'EHA. Développer des stratégies pour répondre aux questions relatives au genre et développer des mécanismes de soutien pour les femmes participant à la gestion de l'EHA. Renforcement des capacités du personnel EHA.
Éducation	<ul style="list-style-type: none"> Assurer des installations EHA efficaces dans les établissements scolaires qui permettent de prévenir l'absentéisme chez les élèves, y compris les filles pendant leurs règles. Aider les enseignants à comprendre comment s'assurer que les établissements scolaires offrent un environnement propice à la gestion de l'hygiène menstruelle. Prendre toutes les dispositions utiles pour que les installations EHA soient maintenues en bon état et soient sûres pour les filles et les garçons. Prendre toutes les dispositions utiles pour l'intégration de l'éducation sur l'EHA et la gestion de l'hygiène menstruelle dans les programmes scolaires.
Autres secteurs de collaboration	
Abri	<ul style="list-style-type: none"> Veiller à ce que les femmes, les filles, les hommes et les garçons disposent d'un espace suffisant pour gérer leurs besoins en matière d'EHA, y compris une intimité suffisante dans leurs abris pour la gestion de l'hygiène menstruelle.
Aménagement du site	<ul style="list-style-type: none"> Prendre toutes les dispositions utiles pour que les femmes et les filles participent aux discussions sur l'emplacement des installations EHA et veiller à ce qu'un espace suffisant soit réservé aux installations EHA à des distances sécuritaires comme l'envisagent les utilisateurs.
Santé, nutrition et VIH	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de messages relatifs à l'hygiène dans des activités plus larges relatives à la santé, à la nutrition et au VIH. Collaboration sur le soutien lié à la GHM, le soutien à l'hygiène pour les mères qui viennent d'accoucher et pour l'incontinence.

¹¹ [CHS Alliance, Projet Sphere et Groupe URD \(2015\) Normes humanitaires de base : Notes d'orientation et indicateurs du SHC](#)

2. Stratégie et plans opérationnels EHA

Dans la mesure du possible, les pays devraient élaborer une stratégie et des plans d'opérations EHA pluriannuels au niveau national et au niveau des sites afin de fournir une vue d'ensemble claire de la situation en matière d'EHA, des besoins et des lacunes, des progrès par rapport aux indicateurs et une description des plans convenus à court terme (urgence), à moyen terme (transition) et à long terme (post-urgence / prolongée). Les stratégies et les plans opérationnels devraient être liés à la stratégie globale EHA du HCR et être élaborés dans le cadre d'une approche collaborative multipartite tenant compte des principes du HCR en matière de protection des réfugiés, d'optimisation des ressources et de solutions durables et de qualité, puis reflétés dans le Plan d'opérations par pays (COP) annuel du HCR.

Stratégie globale EHA

1. Le HCR s'est doté d'une Stratégie globale pour la santé publique⁶, qui comprend la Stratégie Globale EHA, et qui est révisée et mise à jour tous les cinq ans.

Stratégie pays EHA

2. Dans la mesure du possible, le HCR et les parties prenantes EHA devraient élaborer une stratégie EHA pluriannuelle au niveau des pays⁷ pour les réfugiés, en lien avec les approches et les principes de la Stratégie globale EHA du HCR. Ce document devrait décrire brièvement le contexte des réfugiés, la situation de base, le niveau de couverture, les lacunes en matière d'EHA, les standards / indicateurs de service convenus, les stratégies à court,

moyen et long terme pour l'approvisionnement en eau, la gestion des excréta, la gestion des déchets solides, la promotion de l'hygiène et la lutte contre les vecteurs. La stratégie sectorielle pays EHA pour les réfugiés devrait couvrir l'ensemble des réfugiés, y compris ceux dans les contextes urbains, ruraux et dans les camps, et devrait servir de base à l'élaboration des plans opérationnels pour les sites. Les plans opérationnels EHA de chaque site de réfugiés devraient être joints en annexe.

3. La stratégie devrait prendre en compte et équilibrer les besoins immédiats pour la fourniture de services EHA d'urgence à l'emplacement géographique actuel où se trouvent les réfugiés, et le besoin à long terme d'investir

⁶ [Stratégie globale du HCR pour la santé publique 2014-2018 \(HCR, 2014\)](#)

⁷ [Format Stratégie Pays EHA et Plans Opérationnels \(UNHCR, 2020\)](#)

dans des sites d'accueil définitifs des réfugiés (ce qui peut inclure la cohabitation dans des sites avec la communauté d'accueil en milieu urbain ou rural, ou des camps construits à cet effet). Dans la mesure du possible, il est normalement préférable de concentrer les ressources sur l'aménagement rapide d'installations EHA sur les sites d'accueil définitifs des réfugiés et d'accélérer le processus de relocalisation, et de réduire au minimum l'allocation de ressources sur les sites

temporaires à court terme afin de ne fournir qu'une assistance d'urgence pour sauver des vies.

4. L'élaboration de la stratégie EHA pour les réfugiés au niveau pays devrait se faire en pleine collaboration avec toutes les parties prenantes actives dans le domaine de l'EHA. Un modèle de stratégie EHA pour les réfugiés au niveau national peut être consulté à l'adresse wash.unhcr.org.

Encadré 2.1 : Exemple (matrice 4W) de plan opérationnel EHA de site et budget

OÙ	QUAND	QUOI	QUI	COMBIEN
Site X	Court terme (0 à 6 mois)	Eau : Camions citernes 15 l / p / j	Agence A	Budget estimatif en USD
		Assainissement : Toilettes à tranchées 1 / 50	Agence B	Budget estimatif en USD
		Hygiène : Abris de bain 1 / 50 Lavage des mains 1 / 8 toilettes	Agence B	Budget estimatif en USD
		Déchets solides Collecte quotidienne, enlèvement par camion jusqu'à la décharge municipale	Agence C	Budget estimatif en USD
	Moyen terme (6 mois à 2 ans)	Eau : Jetwells et réseau temporaire 20 l / p / j	Agence A	Budget estimatif en USD
		Assainissement : Toilettes familiales partagées 1:20	Agence B	Budget estimatif en USD
		Hygiène : Abris de bain 1 / 20 Lavage des mains - Distribution de savon et de dispositifs de lavage des mains aux ménages	Agence B	Budget estimatif en USD
		Déchets solides Fosses à ordures communautaires	Agence C	Budget estimatif en USD
	Long terme (2 - 20 ans)	Eau : Forage, pompes solaires et réseau d'eau courante 20 l / p / j Conception et construction	Agence X Agence Y	Budget estimatif en USD Budget estimatif en USD
		Assainissement : Toilettes familiales, 1 par ménage	Agence Y	Budget estimatif en USD
		Hygiène : Abris de bain, 1 par ménage	Agence Y	Budget estimatif en USD
		Déchets solides Fosses à ordures ménagères	Agence Y	Budget estimatif en USD

Plans opérationnels EHA de site

5. Dans la mesure du possible, les parties prenantes du HCR et de l'EHA devraient élaborer des plans opérationnels EHA pluriannuels décrivant les plans à court, moyen et long terme pour les installations et les services EHA, et définir les activités opérationnelles et les ressources nécessaires à la mise en œuvre du plan. Il est préférable d'élaborer le plan sous la forme d'une matrice 4W qui décrit clairement OÙ, QUAND, QUI et COMBIEN cela coûtera. Elle peut ensuite être utilisée à des fins de planification et de budgétisation pluriannuelles et traduite dans le COP annuel du HCR. Un modèle de plan opérationnel et de budget EHA pour un site de réfugiés est présenté ci-dessous.
6. Il est essentiel de prendre des décisions rapides et éclairées sur le schéma directeur EHA à long terme pour tout nouveau site, en se basant sur des informations d'évaluation complètes. Si ces décisions peuvent être prises et communiquées sans équivoque à toutes les parties prenantes au cours des six premières semaines de la sélection du site, de sorte que toutes les activités d'intervention opérationnelle à court et moyen terme s'inscrivent dans le cadre du schéma directeur EHA à long terme, les bases d'une prestation réussie et efficace des services EHA seront ainsi jetées pour toute la durée de vie du site.

7. Le plan opérationnel devrait mettre l'accent sur l'amélioration progressive des indicateurs d'accès et sur le passage aussi rapide que possible des installations sanitaires communautaires d'urgence aux installations familiales.

Sites communs de réfugiés

8. Les réponses en faveur des réfugiés font généralement appel à un grand nombre de sites, qui seront aménagés à des fins différentes et exploités suivant des délais différents. Il est important de planifier des réponses EHA adaptées sur tous les différents sites de réfugiés.
9. Les typologies de sites typiques et les délais associés à l'hébergement des réfugiés comprennent :
 - i.) Point d'entrée / point de cheminement - durée de résidence des réfugiés (heures- jours)
 - ii.) Centre de transit / centre d'accueil / centre collectif - durée de résidence des réfugiés (jours - semaines)
 - iii.) Camps, sites / villages ruraux, appartements / maisons, villes / centres urbains - durée de résidence des réfugiés (mois - années).

Actuellement, 25 % des réfugiés sont hébergés dans des camps gérés, 60 % sont hébergés conjointement avec les communautés locales dans les villes et 15 % sont hébergés conjointement avec les communautés locales dans les villages.

Une approche globale de la fourniture de services EHA

Assurer une combinaison complète d'éléments tangibles, d'éléments intangibles et d'un environnement favorable.

10. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce que tous les programmes EHA post-urgence soient planifiés sur la base d'une combinaison complète d'interventions composées d'éléments tangibles, d'éléments intangibles et d'un environnement favorable. En général, le HCR et les acteurs EHA devraient s'assurer que les mêmes quantités d'énergie et de temps investies dans la construction des éléments tangibles EHA (par exemple, pompes, tuyaux, toilettes, douches, etc.) sont également investies dans la maximisation des bénéfices sur la santé de cette infrastructure par le biais de la promotion de l'hygiène. En outre, la même quantité d'énergie et de temps devrait être investie pour s'assurer que l'infrastructure EHA est gérée de manière durable par les prestataires de services locaux, ou par les communautés locales avec une assistance limitée du HCR. La protection et la responsabilité devraient être prises en compte tout au long du processus (voir le chapitre 1 pour de plus amples détails).
11. Dans tous les contextes, le HCR et les acteurs EHA devraient donner la priorité aux investissements dans la capacité de la population réfugiée à gérer sa propre programmation EHA et

à faciliter la durabilité, la résilience et éventuellement l'indépendance, ce qui peut servir au processus de retour final. Au nombre des interventions appropriées permettant de créer un environnement favorable dans les phases de post-urgence, on peut citer :

- ◆ Utilisation d'approches axées sur la demande (par exemple, marketing pour l'amélioration de l'assainissement)
 - ◆ Établissement et appui au secteur privé EHA local (par exemple, en soutenant les marchés de pièces détachées de pompes à main, les artisans sanitaires locaux, les foreurs locaux, les producteurs / distributeurs locaux d'articles sanitaires, y compris les toilettes, les dalles de toilette, les douches, les accessoires de plomberie, etc.)
 - ◆ Renforcement institutionnel (par exemple, renforcement des capacités des prestataires de services EHA locaux ou des autorités de régulation).
12. Le plan ou la stratégie EHA de site devrait décrire clairement les stratégies à court, moyen et long terme pour assurer des interventions EHA holistiques et complètes qui portent sur des éléments tangibles, des éléments intangibles et un environnement favorable, et les arrangements pour l'intégration de l'EHA avec d'autres secteurs ainsi que la protection et la responsabilité à l'égard des populations touchées (AAP).

Choix technologique approprié, qualité et optimisation des ressources

Transition vers des opérations EHA efficaces le plus tôt possible.

13. Les interventions EHA en phase d'urgence, en particulier la distribution d'eau par camions citernes, la vidange des toilettes et l'exploitation et la maintenance de grands blocs EHA communautaires, peuvent s'avérer très coûteuses et inefficaces. Des stratégies claires devraient être élaborées dès le départ, y compris la transition vers des technologies plus efficaces et durables. Des solutions devraient être choisies pour réduire la dépendance à l'égard des équipements importés, des produits chimiques et des pièces de rechange, des approvisionnements en carburant ou du personnel possédant des compétences spécialisées qui ne sont pas disponibles localement. Des exemples de technologies peu coûteuses et adaptées pour les sites de réfugiés comprennent le pompage solaire, éolien ou à bélier hydraulique, la collecte des eaux pluviales, le captage de sources, la filtration à écoulement gravitaire, les réseaux de canalisations à écoulement gravitaire (pour l'eau potable et les eaux usées), les toilettes familiales UDDT, la réutilisation des eaux grises, le recyclage et la réutilisation des déchets solides.
14. Le thème général de tout programme EHA devrait être de s'éloigner le plus rapidement

possible des installations sanitaires communautaires au profit d'installations sanitaires appartenant aux ménages et gérées par leurs membres (toilettes, douches, aires de lavage, fosses à ordures). Par ailleurs, s'il est clair que la situation d'urgence durera au moins six mois, il peut être approprié pour les programmes de commencer directement par les installations familiales. Dans l'ensemble, l'augmentation du niveau d'appropriation dans les ménages renforce la protection des réfugiés, leur satisfaction, leur sentiment de dignité et le sens de la propriété de l'exploitation et de la maintenance continues ; elle réduit également les coûts pour l'opération.

15. Dans la mesure du possible, les réfugiés devraient être impliqués dans la conception et la construction de leurs propres installations EHA familiales, en particulier les femmes, les filles et les personnes à besoins spécifiques. S'il est possible d'aller directement avec des installations sanitaires familiales au début d'une réponse d'urgence, alors cette option devrait être celle préférée. Sinon, un passage progressif des installations d'assainissement « communales » à « familiales partagées » et enfin aux installations d'assainissement au niveau des « ménages » devrait être planifié dès le départ.
16. En général, les installations d'approvisionnement en eau seront plus efficacement prises en main et gérées au niveau

communautaire, mais le cas échéant, on pourra s'orienter vers la fourniture de branchements individuels pour un niveau de service plus élevé.

Choisir la technologie EHA en fonction des conditions techniques et financières locales

17. S'assurer que tout le matériel EHA post-urgence est adapté aux conditions techniques et financières locales. Les conceptions devraient refléter les normes et les pratiques traditionnelles des réfugiés et de la population locale, ainsi que les besoins en matière d'intimité et de sécurité des femmes, des adolescentes, des enfants et des groupes particulièrement vulnérables, tout en respectant les meilleures pratiques en matière de santé publique. Les technologies devraient être assez simples pour être exploitées et maintenues par des fournisseurs de services EHA locaux ou par des réfugiés avec une assistance limitée. Dans tous les cas, les programmes devraient utiliser des équipements, matériaux et pièces de rechange disponibles localement. Tous les consommables doivent être facilement disponibles dans le pays.

Évaluer les technologies EHA en fonction des coûts totaux sur la durée de vie utile.

18. La technologie devrait être choisie en tenant compte du coût total du cycle de vie sur une période de 15 à 20 ans (durée de vie moyenne d'un camp de réfugiés) et en encourageant l'utilisation de technologies qui

peuvent avoir des coûts d'investissement initiaux plus élevés, mais des coûts d'exploitation et d'entretien à long terme moins élevés. Choisir la technologie de meilleure qualité avec le coût du cycle de vie le plus bas. Par exemple, l'énergie solaire ou éolienne pour le pompage autonome de l'eau présente l'avantage de coûts d'exploitation et d'entretien abordables et des avantages environnementaux supplémentaires.

19. Les programmes EHA devraient également suivre, sur une base annuelle, les coûts courants par bénéficiaire de la fourniture des services EHA. De petits changements dans le mode de gestion du personnel, des véhicules et des ressources EHA peuvent permettre de réaliser d'énormes économies. Ceci pourrait inclure :

- ◆ Le coût de l'approvisionnement en eau (coût par m³ et par réfugié)
- ◆ Le coût des services d'assainissement et d'hygiène (coût par personne et par an)

Conception technique, standards de qualité et lignes directrices du HCR pour l'EHA

20. Toutes les activités EHA dans les sites de réfugiés doivent être entreprises dans le respect des lignes directrices pour les conceptions techniques et les standards de qualité EHA du

HCR⁸. Ces standards de conception technique et ces lignes directrices présentent les installations EHA les plus couramment construites et fournissent des dessins détaillés et des spécifications de qualité suivant lesquelles les installations devraient être construites.

21. Les articles EHA achetés doivent être conformes aux standards de qualité des équipements EHA du HCR telles que définies dans les spécifications standards des équipements EHA du HCR⁹.

Programmation intégrée axée sur des solutions durables

EHA et ODDs

22. L'ODD 6 vise à « garantir l'accès DE TOUS à l'eau et à l'assainissement », l'accent étant mis sur la couverture universelle, ce qui signifie que les réfugiés et les personnes relevant de la compétence du HCR doivent être inclus dans les Plans Nationaux de Développement pour l'Eau et l'Assainissement. L'ODD 6 devient donc la clé pour débloquer les fonds de développement afin d'améliorer la prestation de services EHA en faveur des réfugiés dans des situations prolongées. Le HCR encourage par conséquent les gouvernements nationaux à intégrer les services EHA aux systèmes nationaux et à inclure les réfugiés dans la planification et le financement du développement. À cette fin, le HCR travaille en collaboration

avec le Programme des Nations Unies pour le Développement (PNUD), le Programme des Nations Unies pour les Etablissements Humains (ONU-Habitat), le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF), la Banque mondiale et d'autres partenaires de développement concernés.

23. Veiller, dans la mesure du possible, à ce que les programmes EHA soient développés et exécutés en pleine collaboration avec les prestataires de services locaux de l'eau, des déchets, de l'hygiène et du contrôle des vecteurs et avec les autorités de régulation, en étendant les services existants aux réfugiés dans la mesure du possible.

24. Veiller à ce que, dans la mesure du possible, les interventions EHA en faveur des réfugiés s'appuient sur et supportent les marchés locaux existants avec un minimum de distorsion.

25. Veiller à ce que les normes nationales relatives à l'approvisionnement en eau, à la qualité de l'eau, aux codes sanitaires, et aux mesures et suivi environnementaux soient respectés. Lorsque des standards nationaux existent, ils devraient prévaloir sur les standards du HCR, à moins que des exceptions ne soient convenues.

26. Veiller à ce que tous les programmes EHA à la phase de post-urgence s'accompagnent

⁸ <https://wash.unhcr.org/fr/directives-outils-formulaires-eha/>

⁹ <https://wash.unhcr.org/fr/specifications-equipement-wash/>

d'un renforcement adéquat des capacités afin de faciliter le transfert éventuel.

27. Veiller à ce que les programmes donnent la priorité au développement des compétences liées à l'EHA qui peuvent servir la population réfugiée lors d'un retour, d'une intégration ou d'une réinstallation.

Transfert de la responsabilité des services EHA

28. Dans la mesure du possible, le HCR devrait prendre toutes les dispositions utiles pour intégrer les services EHA aux structures nationales de gestion de l'EHA existantes. Cela peut inclure la gestion par les pouvoirs publics, les entreprises de services publics d'eau et d'assainissement ou les groupes communautaires d'utilisateurs d'EHA. Le HCR et les acteurs EHA devraient s'assurer que l'infrastructure EHA est durable, rentable, abordable, facile à opérer, à maintenir et à réparer en utilisant les ressources et l'expertise disponibles localement. En outre, le HCR et les acteurs EHA devraient s'assurer que les capacités techniques, de gestion, financières, administratives et logistiques de l'organisation potentielle sont suffisantes pour assumer la responsabilité de la gestion des services EHA. Tout transfert de la prestation de services EHA devrait être effectué lentement et avec prudence avec un suivi et un soutien constant. Une fois que les services EHA sont transférés, travailler avec les autorités de régulation nationale pour s'assurer que la qualité des

services continue d'être assurée selon des standards définis.

Facturation de la fourniture de services EHA dans des contextes à long terme

29. Dans les situations de réfugiés prolongées, si la génération de revenus et de moyens de subsistance sont possibles pour les personnes touchées, le HCR et les acteurs EHA peuvent envisager de développer des structures tarifaires équitables pour les services EHA, conformément aux normes nationales et locales. Avant l'introduction des tarifs pour les services EHA, une enquête sur la « capacité de payer » et la « volonté de payer » devrait être menée pour déterminer la capacité et la volonté des réfugiés de payer pour les services, et par conséquent, pour déterminer le succès probable du système tarifaire.

Interventions EHA en milieu urbain

30. Actuellement, 60 % des réfugiés dans le monde sont hébergés dans des environnements urbains, et ce pourcentage est susceptible d'augmenter à l'avenir. Les options de logement dépendent grandement du contexte, mais il est probable qu'il s'agisse de location, de centres collectifs, d'hébergement en famille d'accueil ou de logement informel dans des bâtiments ou sur des terrains publics (ou privés). Un afflux de réfugiés dans un environnement urbain peut rapidement surcharger les

services municipaux d'EHA, ce qui entraîne des pénuries d'eau, une augmentation de la défécation à l'air libre, la décharge sauvage de déchets, la contamination des ressources en eau et des conflits au sujet des ressources EHA. Il est donc essentiel que l'éventail complet des interventions d'approvisionnement en eau, de gestion des excréta, des déchets solides, de promotion de l'hygiène et de lutte contre les vecteurs de maladies couvert par ces lignes directrices EHA soit fourni. Dans les zones de déplacement urbain, les interventions EHA peuvent être nécessaires tant pour les populations d'accueil que pour les réfugiés afin de ramener la fourniture de services EHA aux niveaux d'avant la crise liée au déplacement et elles doivent tenir compte de la protection et de la responsabilité des réfugiés et des communautés d'accueil.

31. La prestation de services EHA pour les réfugiés en milieu urbain peut être beaucoup plus compliquée que dans les camps car il est plus difficile de fournir une assistance EHA structurée et opportune dans un environnement dispersé. De plus, le suivi est plus difficile et l'évaluation d'impact de la réponse EHA peut également être plus complexe. En outre, de nombreux problèmes liés à la mauvaise prestation des services EHA en milieu urbain peuvent être chroniques, présents bien avant la situation des réfugiés. Dans certains cas, les services EHA pour les résidents urbains

pauvres peuvent être de bien plus mauvaise qualité que ceux pour la population de réfugiés nouvellement arrivée.

32. Le HCR et les acteurs EHA doivent veiller à ce que des efforts soient faits pour différencier les différents besoins EHA des familles de réfugiés dans les logements locatifs, les familles de réfugiés qui se sont rassemblées sur des terrains publics ou dans des centres collectifs, les familles de réfugiés qui restent avec des hôtes et à couvrir les interventions EHA de base à la fois pour les réfugiées et les populations hôtes dans les zones qui sont généralement fortement impactées par la population nouvellement arrivée. Au minimum, les indicateurs EHA de base du HCR, y compris la consommation d'eau par habitant, la qualité de l'eau, l'accès à des toilettes sûres, la capacité de stockage de l'eau des ménages et l'accès au savon et aux articles de protection hygiénique, doivent être pleinement évalués pour tous les groupes. Après la phase d'évaluation, le HCR et les acteurs EHA devraient élaborer des stratégies EHA claires à court, moyen et long terme pour chacun de ces groupes.

Travailler avec les autorités municipales urbaines

33. Si nécessaire, travailler avec les autorités municipales pour identifier les bâtiments et les espaces publics appropriés qui peuvent être occupés de manière sûre et adéquate par les familles de réfugiés urbains. Mener des évaluations EHA afin de

déterminer les améliorations nécessaires pour que les bâtiments ou les terrains répondent aux exigences minimales du HCR en matière d'EHA. Avant d'entreprendre des travaux, un accord clair décrivant les droits, les devoirs, la propriété et les responsabilités doit être

conclu avec le propriétaire foncier.

Interventions monétaires

34. Les interventions monétaires sont particulièrement utiles pour les programmes EHA en faveur des réfugiés en milieu urbain où la population réfugiée est dispersée parmi la population

Tableau 2.1 Types d'interventions EHA en milieu urbain

Assistance EHA pour les familles de réfugiés en milieu urbain regroupées dans des bâtiments, sur des terrains ou dans des centres collectifs publics (ou privés).	Assistance EHA aux familles de réfugiés en milieu urbain vivant dans des logements locatifs	Assistance EHA aux familles de réfugiés en milieu urbain vivant dans des familles d'accueil	Assistance EHA à la population réfugiée et à la population hôte en milieu urbain où l'afflux de réfugiés envahit fortement la population locale
<ul style="list-style-type: none"> • Création de points d'eau publics supplémentaires. • Campagnes de nettoyage (défécation à l'air libre, ordures, fossés) • Renforcement des services de collecte des déchets solides. • Distribution de kits d'hygiène EHA, de filtres à eau et de bords. • Construction de toilettes et de douches temporaires. • Identification de bâtiments urbains inutilisés et d'espaces pouvant être occupés de manière sûre et adéquate par les familles de réfugiés, en étroite collaboration avec les autorités municipales. Des évaluations EHA devraient être entreprises pour déterminer les mises à niveau EHA nécessaires pour que les bâtiments ou le terrain soient habitables et répondent aux exigences minimales du HCR en matière d'EHA. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution de kits d'hygiène EHA, de filtres à eau et de bords d'eau. • Distribution d'un paquet d'amélioration de l'assainissement ou d'une subvention en espèces si la famille de réfugiés doit rester plus de six mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribution de kits d'hygiène EHA, de filtres à eau et de bords d'eau. • Distribution d'un paquet d'amélioration de l'assainissement ou d'une subvention en espèces si la famille de réfugiés doit rester plus de six mois. 	<ul style="list-style-type: none"> • Création de points d'eau publics supplémentaires. • Réhabilitation des infrastructures EHA publiques existantes. • Campagnes de nettoyage (défécation à l'air libre, ordures, fossés). • Renforcement des services de collecte des déchets solides. • Distribution de kits d'hygiène EHA, de filtres à eau et de bords d'eau. • Projets à effet rapide (QIPs) liés à l'EHA et pilotés par les communautés. <p>Les activités doivent être menées autant que possible par l'intermédiaire des fournisseurs de services EHA nationaux existants.</p>
<p>Remarque : La priorité devrait être donnée à la fourniture d'une assistance EHA pour les familles qui vivent dans un logement locatif ou qui séjournent dans des familles d'accueil (c'est-à-dire les articles non alimentaires EHA, les bords d'eau et les matériaux de construction pour la mise à niveau de l'assainissement) en fonction des critères de vulnérabilité du HCR.</p>			

générale. Des systèmes de bons peuvent être mis en place pour l'achat d'eau potable, d'articles d'hygiène, la mise à niveau des toilettes ou les services de vidange.

Coordination avec le secteur abris

35. En milieu urbain, l'intervention EHA dépend étroitement du secteur des abris pour identifier les types d'hébergement qui sont planifiés et exactement où et quand les personnes réfugiées relevant de la compétence du HCR seront hébergées. En outre, le programme abris mettra généralement en place un ensemble de mesures d'aide financière et matérielle pour les réfugiés afin de répondre à chacune des options d'installation et qui devraient inclure des articles EHA, y compris des kits d'hygiène, des bons d'eau et de vidange ; et éventuellement un paquet familial pour la mise à niveau qui peut être utilisé pour améliorer l'assainissement, l'approvisionnement en eau ou le stockage de l'eau. Si les réfugiés doivent séjourner dans des centres collectifs, en général, le secteur des abris se chargera de veiller à ce que les standards relatifs aux abris humanitaires soient respectés en termes de conditions de construction (stabilité structurelle, sécurité, résistance aux tremblements de terre, étanchéité, protection contre les intempéries, toiture, fenêtres, cloisons, ventilation, protection contre l'hiver, câblage électrique, accès, humidité, bruit) et les services d'EHA assureront l'approvisionnement en eau, la

gestion des excréta, le bain, la lessive, les déchets solides, les eaux usées, l'hygiène et la lutte contre les vecteurs. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce qu'une coordination étroite soit également assurée pendant les phases d'évaluation et d'identification des abris afin de s'assurer que les sites de réfugiés sont sélectionnés en fonction de la faisabilité de la fourniture continue des services EHA.

Interventions monétaires

36. Le cas échéant, les programmes EHA pour les réfugiés devraient utiliser des interventions monétaires pour stimuler les marchés EHA existants et habiliter les réfugiés à déterminer leurs propres besoins en matière d'EHA. Des systèmes de bons peuvent être mis en place pour compléter les articles non alimentaires liés à l'hygiène (par exemple, des systèmes de bons pour l'achat sur le marché de savon, des seaux, des bols, des produits sanitaires, des produits de traitement de l'eau ou des articles d'hygiène menstruelle). Les interventions monétaires sont particulièrement utiles pour la programmation EHA en faveur des réfugiés en milieu urbain où la population réfugiée est dispersée parmi la population générale. Des systèmes de bons peuvent être mis en place pour l'achat d'eau de boisson, des réservoirs d'eau, d'articles d'hygiène, l'acquisition de services de plomberie, la mise à niveau des toilettes ou de services de vidange. D'autres

orientations pour les interventions monétaires sont accessibles à l'adresse wash.unhcr.org,¹⁰ dans le document d'examen du HCR sur l'EHA et les interventions monétaires dans les références.

Protection de l'Environnement

37. Des activités EHA mal gérées dans les sites de réfugiés peuvent avoir un impact extrêmement négatif sur l'Environnement. Les principaux risques environnementaux des programmes EHA sont liés à la pollution et à la dégradation de l'Environnement en raison d'une mauvaise gestion des excréta, des eaux grises, des déchets solides et des activités de lutte contre les vecteurs de maladies. En outre, la surexploitation des ressources en eau fragiles peut conduire à un épuisement rapide avec des impacts irréversibles sur les réserves d'eau ou les écosystèmes fragiles. Enfin, l'achat non durable de bois ou de briques en terre cuite pour la construction de toilettes peut présenter un risque environnemental important, en particulier dans les endroits où l'approvisionnement durable en bois est limité.
38. Dans tous les cas, les impacts environnementaux à court, moyen et long terme des interventions EHA doivent être prises en compte dès le début d'une situation d'urgence pour les

réfugiés. Ne pas le faire peut avoir de vastes ramifications et s'avérer onéreux en termes de correction. Les mesures de prévention et d'atténuation sont beaucoup plus rentables que les mesures correctives. Les mesures environnementales doivent être budgétisées dès le départ.

Respect des codes sanitaires locaux et de la législation nationale en matière d'environnement.

39. Dans tous les contextes, les codes sanitaires locaux et la législation environnementale relative à l'eau, aux eaux usées, aux excréta, aux eaux noires, aux égouts, aux déchets solides et à la lutte contre les vecteurs de maladies doivent être respectés. Pendant les réponses d'urgence à court terme, il peut être possible de négocier avec les autorités nationales en vue d'assouplir les codes sanitaires et les standards environnementaux. Dans les cas où il n'existe pas de codes sanitaires nationaux et de législation environnementale, les directives minimales fournies dans ce document du HCR doivent être respectées. Les programmes EHA devraient être conçus et suivis en étroite collaboration avec les autorités de régulation locales. Toutes les règles, réglementations et normes relatives à l'Environnement devraient être clairement communiquées à la population réfugiée.

¹⁰ [OG804 / 2016a Interventions monétaires pour les programmes EHA dans les milieux de réfugiés \(HCR, 2016\)](#)

Études d'impact sur l'Environnement

40. Dans la mesure du possible, les sites de réfugiés devraient effectuer une étude d'impact sur l'Environnement liée à l'EHA qui comprend au minimum :

- ◆ Une évaluation des risques liés à l'Environnement à chaque étape de l'approvisionnement en eau, la gestion des excréta, l'élimination des eaux grises, la gestion des déchets solides et la lutte contre les vecteurs de maladies. Les risques devraient être classés en fonction d'une évaluation de leur probabilité et de leur impact probable.
- ◆ Une matrice de mesures d'atténuation à court, moyen et long terme pour traiter les risques liés à l'EHA identifiés comme ayant à la fois un « impact élevé » et une « forte probabilité ».
- ◆ Une matrice de paramètres de suivi de l'Environnement (avec leurs moyens de vérification, leurs fréquences de suivi et leurs seuils cibles) pour mesurer les risques liés à l'EHA identifiés comme ayant à la fois un « impact élevé » et une « forte probabilité ».
- ◆ Une liste de contrôle des actions correctives d'urgence à mettre en œuvre si le programme de surveillance de l'Environnement identifie des

paramètres qui dépassent leurs seuils cibles.

- ◆ Un aperçu de la législation environnementale nationale relative à l'approvisionnement en eau, à la gestion des excréta, à l'élimination des eaux grises, à la gestion des déchets solides et à la lutte contre les vecteurs de maladies ainsi que la façon dont ils sont traités.

41. La préparation et le suivi d'ensemble de l'étude d'impact sur l'Environnement et du plan d'action EHA relèvent de la responsabilité du programme EHA, mais les activités devraient être entreprises en étroite collaboration avec les experts de la gestion de l'Environnement du HCR et les autorités nationales. On trouvera de plus amples détails sur le site Internet wash.unhcr.org y compris un document type d'étude d'impact sur l'Environnement lié à l'EHA.¹¹

Fermeture de site

42. Lorsqu'il est nécessaire de fermer un site, toutes les installations EHA, en particulier les toilettes et les installations d'élimination des déchets solides, doivent être déclassées en toute sécurité et les travaux de restauration de l'Environnement doivent être effectués. Consulter le document Lignes directrices EHA sur la fermeture des camps (HCR, 2015).¹²

¹¹ [UNHCR WASH Related Environmental Impact Assessment Template \[Document type d'étude d'impact environnemental relatif au secteur EHA\] \(HCR, 2015\)](#)

¹² [UNHCR WASH Guidelines on camp closure \[Lignes directrices EHA sur la fermeture des camps\] \(HCR, 2015\)](#)

3. Coordination du secteur EHA

Dans tous les contextes de réfugiés, la coordination du secteur EHA est une activité essentielle pour assurer une approche unifiée et commune de la fourniture de services EHA à la population réfugiée. La coordination du secteur EHA dans les contextes de réfugiés exige de prendre toutes les dispositions utiles pour établir une stratégie EHA commune ; réaliser des évaluations harmonisées des besoins EHA ; éviter les lacunes et les doublons ; définir et appliquer les standards techniques adéquates ; mobiliser et allouer les ressources de manière conjointe ; renforcer les capacités ; suivre les performances ; combiner les efforts de plaidoyer ; partager les informations de manière conjointe ; planifier la préparation et la contingence de manière conjointe, et tirer et appliquer les enseignements et les meilleures pratiques du secteur.

Modèle de Coordination pour les Réfugiés et coordination du secteur EHA

1. Le HCR est responsable en dernier ressort de la coordination efficace du secteur EHA dans tous les contextes de réfugiés. En 2013, le HCR a défini le Modèle de Coordination pour les Réfugiés (RCM) qui décrit le rôle et les responsabilités du HCR dans les opérations de réfugiés et les situations de déplacement mixte et s'est basé sur les meilleures pratiques du HCR sur le terrain, en particulier l'interaction avec le système « Cluster ». On trouvera une explication claire du modèle de coordination des réponses du HCR pour les réfugiés dans les situations mixtes et de l'interface avec les structures plus larges de coordination humanitaire et le système Cluster du Comité Permanent Inter-organisations (CPI) dans le document d'information dans la section des références. Dans le contexte d'une situation d'urgence complexe où le mécanisme de Clusters a été activé et où les réfugiés font partie d'une réponse beaucoup plus large, le HCR assurera la coordination des activités EHA dans les sites de réfugiés et veillera à ce que la situation des réfugiés soit présentée aux réunions de coordination plus larges.
2. Il est important de comprendre la différence entre a) la coordination du « secteur EHA » pendant une réponse auprès des réfugiés, qui relève toujours de la responsabilité du HCR avec le concours du gouvernement hôte, mais peut être déléguée par le HCR à d'autres acteurs et b) la coordination du « WASH Cluster

» (Groupe de Travail EHA) qui peut être déclarée lors d'une catastrophe naturelle (ou d'origine humaine), d'une épidémie ou d'une intervention auprès des personnes déplacées internes, qui incombe à l'UNICEF, en tant qu'agence chef de file du Cluster, en collaboration avec le gouvernement hôte, dans le cadre du système Cluster du CPI, mais qui peut également être délégué par l'UNICEF à d'autres acteurs. Il est important de comprendre et d'utiliser la terminologie appropriée.

3. Dans tous les contextes de réfugiés, la coordination du secteur EHA est une activité essentielle pour assurer une approche unifiée et commune de la fourniture des services EHA à la population réfugiée. Cela inclut une stratégie EHA commune, une évaluation de la situation de base des besoins EHA coordonnée et harmonisée, l'évitement des lacunes et des duplications, la définition et l'application de standards techniques appropriés, la mobilisation et la hiérarchisation communes des ressources, le renforcement des capacités, le suivi des performances du secteur, le plaidoyer commun, le partage de l'information et une vision commune à long terme. En outre, le responsable du secteur EHA pour les réfugiés est chargé de veiller à ce qu'il y ait des stratégies intersectorielles communes et un partage de l'information entre le secteur EHA et les secteurs de la santé, des abris, de l'éducation, des moyens

de subsistance, de la protection, de la nutrition, de l'aménagement des sites et de la protection à base communautaire.

Modalités de mise en œuvre de la coordination du secteur EHA

4. Les modalités adéquates de coordination du secteur EHA pour les réfugiés dépendront de l'échelle, de l'échelonnement et de la durée prévue de la situation des réfugiés. D'autres facteurs sont à prendre en compte. Il s'agit d'envisager d'inclure la capacité de réponse du gouvernement, de l'ONU et des ONG, ainsi que la présence et l'efficacité des mécanismes de coordination existants, y compris les comités ou les ministères temporaires gérés par les réfugiés eux-mêmes. Quelle que soit la structure adoptée, elle doit être suffisamment souple pour s'adapter à toutes les étapes de la réponse, par exemple, s'étendre pendant les activités intensives de secours et se réduire pendant les phases prolongées.
5. Un élément clé du modèle de coordination du HCR pour les réfugiés est que la coordination sectorielle, dans la mesure du possible, devrait être dirigée par les ministères d'exécution du gouvernement ou (co)présidée par le HCR ou encore (co)présidée par l'un des partenaires du HCR dans le cadre d'un accord de confirmation. Si des mécanismes de coordination EHA existent déjà, le HCR doit

prendre toutes les dispositions utiles pour que cette coordination soit soutenue, renforcée et fonctionne efficacement tout en évitant de créer des structures parallèles.

6. Dans les situations d'urgence de grande ampleur, la haute direction du HCR peut décider d'activer les modalités pour une coordination rapide du secteur EHA pour les réfugiés, qui comprend un point focal dédié à la coordination du secteur EHA pour les réfugiés, un gestionnaire de l'information et des ressources pour la coordination au sein du HCR ou d'une organisation partenaire. Si les accords Standby ne sont pas activés, la haute direction du HCR doit veiller à ce qu'une coordination efficace de l'intervention EHA en faveur des réfugiés soit organisée aux niveaux national, infranational et des sites. Selon les modalités de coordination, le point focal de la coordination du secteur EHA pour les réfugiés peut être hébergé soit au HCR, soit au sein des autorités gouvernementales nationales (si un arrangement de codirection de la coordination sectorielle est établi).
7. Dans les réponses en faveur des réfugiés, la coordination du secteur EHA est probablement nécessaire à deux niveaux :
 - a. **Niveau national :** principalement la planification stratégique et la prise de décision au niveau des pays, la liaison, le partage de l'information et l'établissement de rapports dans le cadre de plates-formes de coordination

multisectorielle plus larges pour les réfugiés.

- b. **Niveau infranational / site :** coordination de la planification et des activités de de la réponse dans la région ou sur des sites de réfugiés spécifiques.

L'importance d'un personnel et de ressources dédiés à la coordination

8. Dans les grandes crises de réfugiés, la coordination du secteur EHA peut être nécessaire au niveau national et infranational ou du site. La haute direction du HCR devrait s'assurer que des ressources sont disponibles pour que la coordination sectorielle fonctionne dès le début de la crise des réfugiés par l'allocation appropriée de ressources pour le personnel de coordination EHA et les gestionnaires de l'information.
9. Le rôle du point focal de la coordination du secteur EHA pour les réfugiés est de faciliter une réponse humanitaire bien coordonnée et efficace à une situation de réfugiés. À tout moment, le point focal de la coordination du secteur EHA pour les réfugiés devrait agir dans le meilleur intérêt des réfugiés et du secteur EHA dans son ensemble plutôt que de celui de sa propre organisation.

Création d'un groupe consultatif

10. Dans les situations d'urgence de grande ampleur, un Groupe consultatif sur l'EHA devrait être mis en place pour s'assurer qu'il existe un élément de prise de décision démocratique et

transparente au nom des acteurs EHA. Le groupe consultatif est en mesure de partager une partie de la charge de travail de coordination, en particulier la responsabilité de la prise de décision. Il est essentiel pour pouvoir démontrer que les décisions essentielles ou influentes ont été prises par un groupe de personnes plutôt que par une seule personne. La taille du groupe de pilotage ou du groupe consultatif devrait généralement être gérée de manière à assurer l'équilibre entre la nécessité d'une prise de décision rapide et d'une gestion efficace et la nécessité d'une large participation. Le groupe devrait avoir pour objectif de représenter toutes les principales parties prenantes, y compris les acteurs nationaux de l'EHA et les chefs de file infranationaux dudit secteur.

Création de Groupes de Travail Techniques (GTTs)

11. Les groupes techniques, de travail ou les sous-groupes sont utiles pour produire des lignes directrices techniques, analyser les problèmes, lever les préoccupations et formaliser les principes et les responsabilités. Il est plus facile de parvenir à un consensus au sein d'un groupe plus restreint. Pour établir un Groupe de travail technique, un point focal devrait être désigné pour assumer la responsabilité d'établir le groupe, de définir les termes de référence (TdR) et de rendre compte de leurs activités

et recommandations au groupe sectoriel plus large.

12. La durée de vie d'un tel groupe devrait être déterminée en fonction de son objectif et des produits à livrer. Une fois l'objectif atteint et les produits à livrer fournis, il vaut mieux dissoudre le groupe plutôt que d'avoir de nombreux petits groupes qui continuent de se réunir sans objectifs clairs. La composition des GTTs devrait se faire par le biais d'une auto-sélection volontaire, étant entendu qu'une expertise spéciale peut être choisie conjointement selon les besoins.

Guide pratique pour la coordination du secteur EHA

Mise en place immédiate de mécanismes de coordination sectorielle

13. Le rôle d'impulsion et de coordination du secteur EHA pour les réfugiés est une activité essentielle qui est idéalement lancée au cours du processus de planification de contingence avant toute crise des réfugiés. En outre, elle doit être en place dès le début de toute crise des réfugiés. La fourniture d'activités de coordination de base (par exemple, l'établissement d'une date et d'un lieu réguliers pour permettre aux organisations EHA de se rencontrer et de partager des informations) est préférable à la fourniture tardive de systèmes améliorés. Si des mécanismes de coordination EHA pour les réfugiés existent déjà au niveau national ou infranational, il faudrait veiller à ce que la

coordination soit soutenue, renforcée et fonctionne efficacement tout en évitant de créer des mécanismes de coordination parallèles. Dans la mesure du possible, les mécanismes de coordination EHA devraient être coprésidés par l'administration centrale ou les autorités locales compétentes, avec le ferme soutien du HCR.

Établissement d'un programme de réunions de coordination EHA pour les réfugiés.

14. Les réunions de coordination aux niveaux national, infranational et des sites sont essentielles pour orienter la planification de la réponse, le suivi des progrès et la communication de l'information. Il est essentiel que le chef de file du secteur EHA pour les réfugiés prenne toutes les dispositions utiles pour la tenue de réunions de coordination efficaces et efficientes, productives et sans perte de temps.
15. À cette fin, il faudrait s'assurer que les réunions portant sur l'EHA pour les réfugiés se tiennent autour d'ordres du jour précis et que toutes les mesures prévues soient clairement documentées. L'intervalle entre les réunions devrait être modifié pour répondre aux besoins.

Évaluation des besoins et des lacunes

16. L'harmonisation des évaluations EHA est une activité essentielle dans chaque contexte de réfugiés pour identifier les endroits où se trouvent les sections les plus touchées de la population, leurs mécanismes d'adaptation, les

risques liés à la santé publique et les interventions EHA les plus urgentes qui sont nécessaires. La coordination est essentielle pour s'assurer que, dans la mesure du possible, les organismes EHA utilisent des outils de collecte de données harmonisés, des indicateurs et des ensembles de données opérationnelles communes (par exemple, noms communs, tailles de population, limites administratives). L'utilisation d'outils et d'approches harmonisés a pour effet qu'une analyse commune des besoins et des lacunes EHA peut être développée grâce au partage des informations d'évaluation et des ressources d'analyse. Il est essentiel que toutes les équipes d'évaluation comprennent des membres féminins et masculins afin que les femmes puissent parler aux femmes pendant le processus. On trouvera de plus amples informations au chapitre 4.

Encadré 3.1 : Guide pour les réunions de coordination EHA pour les réfugiés

Avant la réunion

1. S'il y a lieu, s'assurer (ou plaider vigoureusement pour) que le gouvernement préside ou copréside les réunions de coordination EHA pour les réfugiés, en particulier au début de la réponse.
2. S'assurer qu'un ordre du jour clair est diffusé bien à l'avance. S'assurer que l'ordre du jour est approuvé par le Comité consultatif.
3. Veiller à ce qu'il y ait suffisamment d'information pour que les participants sachent ce qu'ils doivent faire pour se préparer à l'avance (surtout ceux qui font des présentations).
4. S'assurer que les acteurs EHA ont été contactés pour faciliter les différentes parties de la réunion afin de changer le style de présentation et de démontrer une collaboration ouverte.
5. Prendre toutes les dispositions utiles pour choisir un lieu de réunion convenable qui soit confortable et qui facilite la productivité et le partage de l'information. Examiner les lieux pour s'assurer qu'ils sont adéquats, par exemple, de nombreuses ONGs sont mal à l'aise ou se voient imposer des restrictions de sécurité pour assister à des réunions dans des locaux de l'ONU ou dans des hôtels utilisés principalement par des expatriés. Envisager la rotation des réunions entre les bureaux des membres du secteur EHA pour les réfugiés.
6. Veiller à ce que toutes les ressources nécessaires (projecteurs, câbles d'extension, tableaux, cartes, rapports, rafraîchissements) soient préparées.
7. S'assurer de la présence des principaux décideurs - encourager leur participation aux réunions en maintenant des contacts réguliers et personnels. Plus les relations avec les acteurs EHA pour les réfugiés sont bonnes, plus la coordination est meilleure.
8. Ne convoquer une réunion de coordination que lorsque cela est absolument nécessaire et revoir fréquemment la fréquence des réunions avec le Comité consultatif.

Pendant la réunion

1. Veiller à ce que la réunion commence rapidement et se termine à l'heure. Essayer de s'en tenir au chronogramme qui figure dans l'ordre du jour publié sans limiter le temps de discussion.
2. Donner à tous les membres le temps de se présenter et de fournir de brèves informations (deux minutes) sur leur organisme. Donner suffisamment de temps aux acteurs pour qu'ils se sentent concernés par la réunion (briser la glace) - sans toutefois leur permettre de s'exprimer trop longuement. Des informations détaillées sur les organismes devraient être partagées par d'autres moyens (par exemple des mises à jour écrites et des matrices 3W ou 4W).
3. S'assurer que l'objectif de la réunion est compris et atteint. Au fur et à mesure que la réunion progresse, compiler un résumé clair des actions prévues à court, moyen et long terme (QUI, QUOI, OÙ, QUAND, COMMENT). À la fin de la réunion, résumer ce qui doit être fait avant la réunion suivante.
4. Partager et discuter de la dernière matrice 4 W. Mettre à jour la matrice 4W en fonction des ressources de l'agence EHA. Affecter des ressources supplémentaires disponibles.
5. Partager et discuter des stratégies thématiques à court, moyen et long terme.
6. Si des sujets de discussion traînent en longueur, envisager la possibilité de les aborder au sein d'un groupe de travail technique (GTT) distinct ou du groupe consultatif.

Après la réunion

1. Prendre toutes les dispositions utiles pour que tous les documents de présentation de la réunion soient publiés sur le site Internet de coordination du secteur EHA (le cas échéant).
2. Veiller à ce que les procès-verbaux des réunions soient distribués dans un délai de trois jours et solliciter des commentaires et des corrections.
3. Effectuer un suivi auprès des principaux décideurs qui n'ont pas pu assister à la réunion. S'assurer qu'ils ont accès à des informations écrites ou verbales sur les conclusions de la réunion.
4. Assurer le suivi des principales actions et assurer une rétroaction rapide sur les décisions prises.
5. Mettre à jour les coordonnées révisées sur le site Web de coordination des réfugiés.

Adapté du guide pour la coordination du Cluster EHA (GWC, 2009)

Établissement d'une stratégie sectorielle EHA et de plans de réponse opérationnels

17. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce que les efforts de coordination conduisent à la création d'une stratégie et de plans opérationnels conjoints en matière d'EHA au niveau national, infranational et local. C'est une condition essentielle pour que les acteurs EHA (y compris les donateurs) soient en mesure de comprendre, de contribuer et de budgétiser les activités immédiates et la vision à long terme de la fourniture de services EHA. Il est également essentiel de convenir d'approches communes pour les niveaux des prestations de services, des technologies et des approches adaptées, l'optimisation des ressources et les considérations de protection (on trouvera de plus amples informations au chapitre 2).
18. La matrice 4W (OU, QUAND, QUOI, QUI, COMBIEN) devrait s'inscrire au cœur du plan de réponse opérationnel et devrait être utilisée pour diriger et guider la réponse. Le plan comportera le schéma directeur global des activités EHA prévues à court, moyen et long terme, et identifiera les lacunes opérationnelles où de nouveaux partenaires peuvent intervenir pour mettre en œuvre des activités, et peut également servir à suivre les progrès réalisés par les partenaires dans la mise en œuvre des activités convenues.

Établissement de standards et d'indicateurs communs convenus

19. Les acteurs EHA pour les réfugiés doivent convenir de standards et d'indicateurs EHA communs pour la réponse EHA en faveur des réfugiés et les utiliser. Les standards et indicateurs EHA du HCR sont énumérés à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/indicateurs-et-objectifs-eha/> Les standards et indicateurs d'urgence à court terme sont dérivés du Projet SPHERE, tandis que les standards et indicateurs post-urgence sont conçus pour un niveau de service plus élevé pour les situations prolongées de plus long terme.
20. Dans la mesure du possible, les standards EHA post-urgence/situations prolongées après une situation d'urgence devraient être alignés sur les standards nationales ou les niveaux de service existants au sein de la communauté d'accueil environnante.

Établir un système commun de suivi des indicateurs (système de suivi EHA)

21. Il est essentiel de rendre compte des besoins, des indicateurs de progrès et des lacunes du secteur EHA pour les réfugiés afin que les parties prenantes à l'intérieur et à l'extérieur du secteur soient au courant de la couverture des services EHA, de la disponibilité des ressources et des progrès de la mise en œuvre par rapport aux objectifs définis. Dans de nombreux cas, l'établissement de

rappports communs est essentiel pour mobiliser des ressources supplémentaires et susciter une prise de conscience des problèmes clés (en particulier le manque de financement). Dans chaque site de réfugiés, le chef de file du secteur EHA doit veiller à disposer de la capacité de recueillir, d'analyser et de rendre compte des progrès et des résultats collectifs. Qu'ils soient financés bilatéralement ou par le HCR, tous les agences EHA travaillant dans les sites de réfugiés doivent rendre compte de leurs activités au point focal de la coordination du secteur EHA pour les réfugiés.

22. Au minimum, les indicateurs EHA de base du HCR énumérés à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/indicateurs-et-objectifs-eha/> doivent être régulièrement suivis dans tous les contextes de réfugiés, par l'intermédiaire du système de suivi-évaluation EHA décrit à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/systeme-de-suivi-eha-pour-les-sites-de-refugies/>. En outre, les indicateurs peuvent également être communiqués via le portail de gestion de l'information du HCR <https://data2.unhcr.org/fr/situations> ou d'autres portails externes de gestion de l'information tels que Activity Info. Les partenaires financés par le HCR doivent également faire rapport deux fois par an à l'administrateur de programme du HCR pour enregistrement dans la base de données FOCUS. Normalement,

des indicateurs détaillés supplémentaires liés à l'intervention EHA devront également être collectés et analysés sur le terrain pour permettre une gestion détaillée des activités spécifiques du programme.

23. Dans la mesure du possible, des visites conjointes sur le terrain avec les partenaires EHA devraient être organisées pour suivre les progrès et assurer la responsabilité.

Gestion de l'information, cartographie et établissement de rapports

24. La capacité de produire des cartes est une activité de coordination essentielle dans les urgences de grande ampleur pour des réfugiés. Le personnel de gestion de l'information justifiant de compétences dans l'utilisation de logiciels de cartographie devrait être considéré comme une fonction centrale du secteur. Toute nouvelle installation EHA construite doit être cartographiée et l'information doit être introduite dans les systèmes de cartographie des actifs du HCR (par exemple, la base de données des forages du HCR et la plateforme SIG de cartographie des camps).
25. Souvent, la façon la plus claire de présenter le suivi des indicateurs et les données de la matrice 4W est graphiquement sous la forme d'une carte thématique (par exemple, une carte montrant la distance par rapport aux points d'eau) ou par infographie. Ces cartes et infographies permettent aux

acteurs EHA pour les réfugiés de se faire une image très claire des endroits où des interventions EHA ont été menées récemment, en plus des lacunes et des doublons.

26. Le rapport sur la situation du secteur EHA pour les réfugiés (« Situation Report » - SitRep) devrait également être régulièrement produit. Ces comptes rendus de situation devraient fournir un narratif instantané de la situation actuelle de l'EHA dans la population réfugiée et des mises à jour des principaux indicateurs EHA. Les données des SitRep doivent être tirées de la matrice 4W et des rapports sur les indicateurs de progrès. Ils peuvent être préparés en tant que documents autonomes ou être intégrés dans les mécanismes d'établissement de rapports multisectoriels du HCR.

27. La capacité de partager rapidement différents types d'informations avec la communauté EHA pour les réfugiés représente un aspect important de la gestion de l'information. Il est essentiel que le secteur EHA pour les réfugiés ait non seulement une présence physique active, mais aussi qu'il continue d'interagir par une présence virtuelle. Dans chaque contexte de réfugiés, l'information EHA devrait être étroitement intégrée au portail d'échange d'informations inter-agences du HCR à l'adresse <https://data2.unhcr.org/fr/situations> En outre, les structures de coordination EHA pour les réfugiés peuvent envisager

d'établir des mécanismes de coordination supplémentaires sur le Web pour le partage de la documentation, des coordonnées, des procès-verbaux des réunions et d'autres informations EHA. Il peut s'agir tout simplement d'un compte DropBox ou Google Drive, ou si nécessaire d'un site Internet dédié (Wordpress ou Drupal 7 Distro).

Préparation et planification de contingence coordonnées du secteur

28. Le HCR et les acteurs EHA devraient s'assurer que les plans de contingence EHA pour les réfugiés au niveau des pays et des sites sont élaborés en conjonction avec des plans multisectoriels qui comprennent une analyse des scénarios historiques et probables, des impacts probables, des besoins EHA, du stockage EHA et des accords Standby, des mécanismes de coordination et des liens avec les systèmes d'alerte précoce.

29. Une partie des activités de préparation consiste à s'assurer qu'il existe un consensus interagence sur les outils et les approches d'évaluation rapide et complète EHA, en plus des méthodes, des approches et des standards communs de mise en œuvre des réponses en cas d'urgence. Les efforts déployés au cours de la phase de préparation peuvent améliorer considérablement la qualité et l'efficacité de toute intervention EHA future.

Identification et application de leçons apprises et de bonnes pratiques du secteur

30. Les mécanismes de coordination du secteur EHA pour les réfugiés devraient prendre toutes les dispositions utiles pour évaluer en permanence la réponse du secteur EHA pour les réfugiés en termes de rapidité, de pertinence, d'efficacité, d'efficience, d'impact et de durabilité. Tous les enseignements tirés devraient être utilisés pour informer le changement de politiques et les bonnes pratiques du secteur aux niveaux national et mondial.

Veiller à ce que les interventions EHA soient pleinement coordonnées avec les autres secteurs.

31. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce que les activités EHA soient étroitement coordonnées avec les interventions de l'aménagement des sites, de la protection, de l'éducation, des moyens de subsistance, de la protection à base communautaire, de la santé publique, de la nutrition, du VIH / Sida et d'abris. C'est essentiel pour éviter toute confusion et s'assurer qu'il n'y a pas de chevauchement ou de lacunes. Au nombre des exemples d'interactions intersectorielles avec l'EHA, on peut citer :

- ◆ **Choix du site** : L'EHA soutient le processus global de sélection des sites en entreprenant une évaluation des ressources en eau pour divers sites pour s'informer sur sa disponibilité, qualité, facilité

de prélèvement, facilité de traitement et facilité de distribution. De plus, le secteur EHA évaluera l'état de service de toute infrastructure EHA existante sur les sites potentiels en plus d'évaluer les conditions du sol en rapport à la construction de toilettes et à l'infiltration d'eau (drainage des points d'eau).

- ◆ **Drainage de site** : Le secteur d'aménagement de site est responsable de la gestion et du drainage des eaux pluviales sur le site. Le secteur EHA est responsable du drainage localisé des eaux usées des points d'eau, des installations de bain et des installations de lavage.
- ◆ **Disposition de site** : Le secteur d'aménagement de site est responsable de la disposition générale des routes, des parcelles familiales et des structures communautaires au sein d'un site de réfugiés. Le secteur EHA est responsable de la planification, de la conception et de l'emplacement physique de toutes les installations EHA, en tenant compte des aspects de sécurité, en collaboration avec le responsable de l'aménagement du site et la communauté des réfugiés.
- ◆ **Articles non alimentaires** : Les bureaux de terrain sont responsables de l'approvisionnement, de la distribution et du suivi du programme général d'appui aux ménages. L'EHA est chargé de spécifier les éléments EHA à inclure dans le

paquet général de soutien aux ménages en collaboration avec la population réfugiée. Un soin particulier doit être apporté à la consultation sur les besoins en matière d'hygiène menstruelle et d'incontinence.

◆ **L'EHA dans les établissements scolaires** : la section de l'éducation est responsable de toutes les activités liées à l'eau, l'assainissement et l'hygiène qui se déroulent dans les cours des établissements scolaires fréquentés par les réfugiés. Elle peut demander l'aide de l'EHA pour la conception et la construction d'installations EHA dans les établissements scolaires. La section éducation est responsable de l'exploitation et de la maintenance continues des installations EHA dans les locaux des établissements scolaires. L'EHA peut effectuer un suivi de routine des installations EHA pour s'assurer qu'elles répondent aux standards requis et mettre en évidence tout sujet de préoccupation auprès de la section éducation. Les collègues de la protection devraient s'engager par le biais de la collaboration afin de s'assurer que la problématique femmes-hommes, la sécurité et le respect de l'intimité ont été pris en compte dans l'emplacement et la conception de l'infrastructure.

◆ **L'EHA dans les établissements de santé** : De

même, la section santé est responsable de toutes les activités liées à l'EHA dans les établissements de santé des réfugiés, ainsi que de l'exploitation et de la maintenance, y compris la gestion des déchets médicaux sur place. Elle peut demander de l'aide à l'EHA pour la conception et la construction d'installations EHA dans l'établissement de santé. L'EHA peut effectuer un suivi de routine des installations EHA pour s'assurer qu'elles répondent aux standards requis et qu'elles sont séparées selon le sexe, sûres et accessibles aux personnes à mobilité réduite.

◆ **Réponse coordonnée en cas d'épidémie** : Il est essentiel d'assurer la coordination avec le secteur de la santé en cas d'épidémie de maladies d'origine hydrique. Les interventions clés incluent : 1) augmentation de la chloration aux points de stockage et de distribution de l'eau ; 2) renforcement de la couverture sanitaire pour l'élimination sûre des excréta ; 3) augmentation des activités de promotion de l'hygiène et de leur portée. On trouvera de plus amples informations dans les directives de Médecins sans frontières (MSF) sur le choléra et dans la boîte à outils de l'UNICEF sur le choléra.

4. Évaluations EHA

Les évaluations EHA sont une activité essentielle dans chaque contexte de réfugiés pour identifier les endroits où se trouvent les sections les plus touchées de la population, les risques liés à la santé publique, leurs mécanismes d'adaptation et les interventions EHA les plus urgentes qui sont nécessaires. Les évaluations EHA en temps opportun constituent la base de la planification, de la mise en œuvre et de la hiérarchisation des priorités de toutes les activités EHA pour les réfugiés, et dans de nombreux contextes, elles constituent un facteur important pour sauver des vies.

Principes généraux pour les évaluations EHA

1. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce que toutes les évaluations EHA soient entreprises de manière coordonnée, en respectant les principes et méthodologies généralement définis dans les publications « *L'outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations* (HCR, 2006) »¹³, et « *Guide opérationnel pour la coordination des évaluations lors de crises humanitaires* (CPI, 2012) »¹⁴.
2. Les évaluations EHA devraient être conçues de manière participative et transparente, en tenant compte des préférences locales et des normes culturelles. De plus amples informations sur les approches d'évaluation participative peuvent être trouvées dans la publication
3. Les évaluations EHA ne devraient pas surcharger la population et ne devraient pas recueillir plus d'informations qu'il n'est nécessaire. Des efforts devraient être faits pour s'assurer que les évaluations sont bien

« *L'outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations* » (HCR, 2006)¹³. Dans la mesure du possible, les évaluations EHA devraient être effectuées en collaboration avec les autorités nationales chargées des réfugiés et de l'EHA. Les membres féminins et masculins de l'équipe doivent être inclus dans toutes les activités pour s'assurer que les femmes aient la possibilité de s'adresser à d'autres femmes. Dans la mesure du possible, les équipes devraient également inclure des représentants des groupes minoritaires dans les zones touchées.

¹³ [L'Outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations \(HCR, 2006\)](#)

¹⁴ [Guide opérationnel pour la coordination des évaluations lors de crises humanitaires \(CPI, 2012\)](#)

coordonnées et que les populations de réfugiés affectées ne reçoivent pas plusieurs visites de différentes agences en quête des mêmes informations.

4. Les enquêtes d'évaluation devraient être effectuées à l'aide d'un instrument d'enquête bien conçu, d'un plan d'échantillonnage et d'un calcul de la taille de l'échantillon. Il ne faut pas recueillir plus de données qu'il n'est absolument nécessaire.
5. Dans la mesure du possible, toutes les agences EHA devraient utiliser des outils de collecte de données, des méthodologies, des indicateurs et des ensembles de données opérationnelles communs (noms de population, tailles de population et limites administratives communs). Une approche commune est essentielle pour garantir que les données collectées peuvent être comparées, contrastées et compilées dans une base de données unique pour une analyse partagée. Dans des conditions idéales, ces outils et méthodologies auraient été développés et finalisés dans le cadre des activités courantes de préparation EHA.

Évaluation immédiate des besoins EHA

6. Une évaluation EHA rapide devrait être effectuée au début de toute situation d'urgence pour les réfugiés, idéalement dans les 72 premières heures afin d'identifier les priorités. Les formulaires d'évaluation rapide se trouvent à l'adresse

<https://wash.unhcr.org/emergency-tools/>

7. Afin d'obtenir l'image la plus complète possible des besoins EHA, l'évaluation rapide devrait viser à recueillir une quantité égale de données qualitatives (descriptives) et quantitatives (numériques). Dans la plupart des situations, il est recommandé que le HCR et les acteurs de l'EHA entreprennent des évaluations EHA rapides en réalisant toutes les activités suivantes :
 - ◆ Entretiens avec des informateurs clés
 - ◆ Discussions de groupes (par sexe et âge)
 - ◆ Enquêtes rapides auprès des ménages
 - ◆ Tours d'observation
 - ◆ Évaluation des infrastructures et des services EHA existants.
 - ◆ Évaluation des dispositions existantes en matière de gestion de l'EHA.
8. Les évaluations initiales peuvent être effectuées soit dans le cadre d'une évaluation multisectorielle avec d'autres secteurs vitaux (généralement abris, protection, nutrition et santé), soit comme une évaluation rapide EHA distincte.
9. Les données recueillies au cours de l'évaluation rapide EHA devraient être traitées le même jour (généralement l'après-midi ou le soir) et l'équipe d'évaluation devrait se réunir et hiérarchiser les résultats en fonction des besoins qui sauvent des vies et qui doivent être satisfaits immédiatement et de ceux qui

nécessitent une approche à moyen terme.

10. Les évaluations rapides immédiates des besoins en matière d'EHA devraient être suivies d'évaluations sectorielles complètes qui sont généralement réalisées dans les trois mois selon une méthodologie similaire à l'évaluation rapide de l'EHA, mais plus en profondeur et sur une période de temps plus longue (généralement plusieurs jours).

Évaluation immédiate des sites d'accueil potentiels de réfugiés

11. Parallèlement à l'évaluation des besoins des réfugiés, il sera nécessaire de procéder à une évaluation immédiate des sites d'accueil potentiels des réfugiés. Ce processus doit être mené en étroite collaboration avec la direction du HCR, l'administration centrale, les autorités locales et les experts en aménagement des sites.
12. Quand un grand nombre de réfugiés franchit une frontière et se regroupe en un endroit particulier, la meilleure solution pour la fourniture adéquate de services d'EHA est souvent de « décongestionner » et relocaliser les réfugiés sur un meilleur site. Il peut s'agir d'« installations de transit » construites à cette fin, de sites dispersés au sein de la communauté d'accueil (zones urbaines ou rurales) ou d'un « camp » construit à cette fin.
13. Normalement, le processus de sélection du site devient un processus de négociation entre la

direction du HCR et les gouvernements nationaux et locaux. Ce processus doit être éclairé par des informations techniques claires et précises, et souvent plus importantes de la part du secteur EHA en ce qui concerne l'accès à l'eau sur les sites proposés, et les défis potentiels en matière d'assainissement sur lesdits sites, y compris les risques d'inondation.

14. Normalement, la sélection des sites d'accueil des réfugiés est un processus itératif, et créera un équilibre entre la gestion des besoins immédiats et les objectifs à plus long terme. Les évaluations EHA sur les sites d'accueil potentiels de réfugiés devraient prendre en compte les éléments essentiels suivants :
- ◆ Sources d'eau potentielles - accès à un réseau d'eau existant, emplacement de la source d'eau (coordonnées GPS), volume disponible, qualité de l'eau, coût de développement, utilisateurs existants, considérations de protection.
 - ◆ Considérations relatives à l'assainissement - accès au réseau d'égouts existant, évaluation de l'état du sol, y compris le type de sol (rocheux, sableux, argileux), la perméabilité du sol (essai de percolation), les exigences relatives à l'équipement de construction spécialisé, l'accès à l'équipement de vidange et l'emplacement du site d'élimination des boues de vidange le plus proche.

- ◆ Questions environnementales
 - risque d'inondation, accès à des matériaux de construction appropriés, potentiel de reproduction des vecteurs de maladies, accès au réseau électrique existant (et fiabilité du réseau).
- ◆ Gestion des déchets solides
 - accès aux services existants de collecte des déchets, emplacement de la décharge ou de la station de transfert la plus proche, ou identification de sites appropriés pour de nouvelles fosses à ordures ou de décharge.
- ◆ Questions relatives à la protection - limitation des risques de protection (tels que le risque limité de conflits autour de l'eau ou d'autres ressources naturelles).

15. Une fois le site identifié et l'approbation obtenue pour son évaluation, il est essentiel que l'équipe EHA entreprenne une évaluation rapide dans les plus brefs délais. Dans l'idéal, l'évaluation est entreprise conjointement avec l'équipe d'aménagement du site et les autorités locales. Après l'évaluation, les résultats devraient être documentés et un rapport publié dès que possible pour informer les décideurs. Le rapport devrait idéalement être combiné aux conclusions de l'équipe d'aménagement du site et d'autres parties prenantes concernées.

16. Une fois qu'un site est confirmé, des évaluations détaillées devront être entreprises afin d'éclairer les décisions relatives aux besoins en matière de mise à niveau des

Encadré 4.1 : Principes des évaluations rapides

- i). Faire participer tous les groupes, en particulier les personnes à besoins spécifiques, dans l'évaluation afin d'identifier les domaines ou problèmes potentiels nécessitant une attention immédiate.
- ii). Expliquer les objectifs et le but de l'évaluation aux répondants afin d'assurer leur participation. Expliquer que tous les renseignements demeureront confidentiels et prendre toutes les dispositions utiles pour que cela soit effectif.
- iii). Essayer d'obtenir des réponses de différentes sources dans la mesure du possible. Éviter de poser des questions dont les réponses ont déjà été obtenues auprès d'une autre source.
- iv). Obtenir le consentement de tous les adultes participant à toute activité et les informer qu'ils peuvent refuser de participer à l'évaluation sans conséquences négatives. Obtenir le consentement des parents ou du tuteur pour les enfants participants.
- v). Respecter la dignité et l'estime de soi des individus en tout temps.
- vi). Signaler immédiatement les incidents au point focal de la protection (voir la section sur le signalement des incidents de protection).

Source : Missions d'évaluation conjointe : guide pratique (HCR, 2013)

services EHA (dans le cas des bâtiments existants / cohabitation avec les communautés hôtes), et pour la planification stratégique détaillée des nouvelles infrastructures EHA (dans le cas des nouveaux camps).

Processus et outils d'évaluation EHA

17. Les évaluations s'articulent généralement autour de cinq étapes clés :

- ◆ Identifier les ressources et compiler le plan d'évaluation
- ◆ Collecter les données
- ◆ Analyser et interpréter
- ◆ Conclusions du rapport
- ◆ Concevoir / modifier les interventions

Composition de l'équipe d'évaluation

18. Au cours des évaluations, il est généralement plus rapide de couvrir plusieurs sites avec de petites équipes multisectorielles indépendantes, chacune avec son propre véhicule et son guide. Dans l'idéal, les évaluations seront effectuées en collaboration avec les collègues de l'aménagement de site et de la protection.

19. Les membres de l'équipe doivent comprendre des femmes et des hommes, et si possible, l'équipe d'évaluation EHA doit comprendre au moins un représentant de l'autorité locale compétente (région / province / district, le cas échéant) pour les questions d'EHA et l'entité nationale responsable des réfugiés devraient être pleinement informée de l'évaluation prévue et

de son objectif. La composition de l'équipe peut être basée sur les éléments suivants :

Membre de l'équipe	Activité proposée
Expert EHA	- Évaluation technique / enquête sanitaire / entretiens avec des informateurs clés
Responsable aménagement du site	- Évaluation du site / entretiens avec des informateurs clés
Expert hygiène	- Groupes de discussion / entretiens avec des informateurs clés
Expert protection	- Groupes de discussion / entretiens avec des informateurs clés
Représentant de la communauté locale	- Guide / présentations - Aider aux entretiens avec des informateurs clés / groupes de discussion

20. À tous les stades, la fiabilité de l'information recueillie doit être évaluée selon les catégories suivantes :

- ◆ **Quelque peu fiable** : Source, méthode ou pertinence temporelle des données raisonnable mais douteuse.
- ◆ **Fiable** : Obtenue d'une source fiable, en utilisant une méthode scientifique et des données reflétant les conditions actuelles ou projetées.
- ◆ **Très fiable** Source, méthode ou pertinence temporelle des données clairement incontestable.

Identification des lieux d'évaluation

21. En général, des évaluations peuvent être requises aux points de passage frontaliers, aux stations de transit, aux centres de transit, aux centres d'accueil et sur les sites finaux où les réfugiés seront accueillis à long terme. Le format d'évaluation devra être ajusté selon que les réfugiés résident déjà sur le site ou s'il s'agit d'un futur site prévu où les réfugiés ne résident pas encore.

Entretiens avec des informateurs clés

22. Les informateurs clés devraient être choisis en fonction de leurs connaissances spécifiques des aspects tangibles ou intangibles du site ou du programme EHA. Au cours de l'évaluation des besoins, l'évaluateur devrait s'efforcer de recueillir des informations auprès du plus grand nombre possible de sources différentes, en veillant à l'équilibre entre les sexes dans l'ensemble, et tenter de les recouper pour s'assurer qu'elles sont correctes. Les questions d'introduction aux discussions de groupe EHA du HCR¹⁵ peuvent s'avérer utiles pour guider la conversation. Il convient de noter qu'il est souvent utile d'interroger séparément les hommes et les femmes, car la présence des hommes influe sur les réponses données par les femmes.

Discussions de groupe

23. Les discussions de groupe peuvent être utilisées pour

recueillir des informations sur les préférences et les pratiques sociales et culturelles, ou pour faciliter la rétroaction sur les solutions techniques proposées. Les questions d'introduction aux discussions de groupe EHA du HCR⁵ peuvent s'avérer utiles pour guider la conversation. Lors des discussions de groupes, le personnel du HCR et les acteurs EHA devraient essayer d'observer les considérations suivantes :

- ◆ Des femmes devraient coordonner les discussions de groupe intéressant les femmes.
- ◆ Choisir des membres du groupe de discussion qui peuvent contribuer au sujet à l'étude.
- ◆ Essayer de limiter le nombre de participants à un maximum de huit personnes.
- ◆ Un preneur de notes devrait être désigné pour permettre à l'animateur de rester engagé.
- ◆ Encourager tous les points de vue, respecter toutes les réponses.
- ◆ Écouter autant que possible et parler le moins possible.
- ◆ Respecter le temps des participants et limiter la durée de la session à 30 minutes.

Enquêtes rapides auprès des ménages

24. Lors de l'évaluation rapide des besoins, il est essentiel d'obtenir une image claire des besoins EHA non seulement au niveau macro, mais aussi au niveau des ménages. Les données recueillies

¹⁵ [F-900 / 2015a UNHCR WASH Assessment Primer Questions \[Questions préliminaires sur l'évaluation EHA du HCR\] \(HCR, 2015\)](#)

auprès des ménages individuels sont inestimables car elles permettent de présenter un aperçu instantané des conditions EHA actuelles d'un échantillon représentatif de ménages de réfugiés.

25. Afin de pouvoir couvrir autant de ménages que possible pendant la visite du site d'urgence, le nombre de questions de l'outil d'enquête rapide auprès des ménages du HCR a été limité au minimum absolu d'indicateurs EHA essentiels. L'objectif est que l'outil d'enquête rapide auprès des ménages ne prenne pas plus de 5 minutes à remplir dans chaque ménage. Les questions de l'outil d'enquête rapide auprès des ménages abordent les thèmes suivants :

- ◆ Eau :
- ◆ Où collectez-vous l'eau potable ?
- ◆ Quelle quantité d'eau potable a été collectée la veille ?
- ◆ Combien de personnes ce ménage compte-t-il ? (ce chiffre permet le calcul de la consommation d'eau par habitant et le stockage de l'eau par habitant)
- ◆ Quelle est la capacité de stockage d'eau du ménage ?
- ◆ Observation de l'état des récipients de stockage d'eau
- ◆ Assainissement :
- ◆ Où allez-vous pour déféquer ?

- ◆ Observation de l'état des toilettes ou de la zone de défécation
- ◆ Hygiène :
- ◆ Où allez-vous prendre un bain, une douche ou vous laver ?
- ◆ Observation de l'état du lieu où la douche/bain est pris(e)
- ◆ Le ménage a-t-il accès au savon ? (Observer directement la présence de savon en 1 minute)
- ◆ Des cas de diarrhée aqueuse ont-ils été signalés au sein du ménage au cours de la dernière semaine ?

26. L'outil d'enquête rapide auprès des ménages¹⁶ et des conseils pour l'échantillonnage et le calcul de la taille de l'échantillon¹⁷ sont disponibles sur le site Internet à l'adresse wash.unhcr.org.

Tours d'observation

27. Un tour d'observation du site de réfugiés n'a pas besoin de traîner en longueur et peut facilement être intégré dans le programme général d'évaluation. Pour des raisons de sécurité et de sûreté, il faut généralement utiliser un membre de la population de réfugiés comme guide. Cela permet également de poser des questions et de recueillir des informations de première main sur les problèmes et les solutions. Essayer de trouver un équilibre entre les endroits que le guide veut vous montrer et les endroits qu'il ne veut pas laisser voir.

¹⁶ [F902/2015a UNHCR WASH Rapid Assessment Forms \(UNHCR, 2015\) \[Formulaires d'évaluation rapide EHA du HCR \(HCR, 2015\)\]](#)

¹⁷ [Rapid Methods for Assessing Water, Sanitation and Hygiene \(WASH\) Services in](#)

[Emergency Settings \(UNHCR, 2019a\) \[Méthodes rapides d'évaluation des services d'eau, d'hygiène et d'assainissement \(EHA\) dans les situations d'urgence \(HCR, 2019a\)\]](#)

S'assurer de disposer d'un appareil photo numérique et d'un carnet de notes pour enregistrer tous les risques pour la santé publique liés à l'approvisionnement en eau, au stockage de l'eau, aux excréta, à l'hygiène, aux vecteurs de maladies, aux déchets solides, aux déchets dangereux ou au drainage.

Évaluation de l'état des infrastructures EHA existantes

28. L'évaluation de l'état et de la viabilité de l'infrastructure EHA existante est une partie essentielle de toute évaluation des besoins, en particulier dans les contextes où les infrastructures sont insuffisantes ou vieillissantes (par exemple dans les contextes urbains). Lors de l'évaluation des infrastructures EHA existantes, il est essentiel d'évaluer chaque étape de l'approvisionnement en eau, de l'élimination des excréta ou des déchets solides, depuis le point d'origine jusqu'au point d'utilisation / réutilisation / élimination. À chaque étape, il faut noter les principales caractéristiques et l'état de l'infrastructure et des ressources, ainsi que les risques pour la santé publique et les mesures correctives pour remettre le système en service. Certaines infrastructures EHA à grande échelle peuvent être complexes à évaluer et peuvent nécessiter une expertise spécialisée. Une évaluatrice devrait demander séparément aux femmes ce qu'elles pensent de la sécurité, de la protection de

l'intimité et de la facilité d'utilisation lorsqu'elles utilisent les installations existantes.

29. Lors de l'évaluation des infrastructures, il est essentiel d'enregistrer les détails de ce qui est observé de manière logique. Le matériel suivant peut être utile dans le cadre de l'évaluation des infrastructures :

- ◆ Appareil photo numérique
- ◆ Appareil GPS
- ◆ Mètre à ruban / distomètre laser / sonde de niveau pour forage
- ◆ Équipement d'analyse de la qualité de l'eau
- ◆ Équipement d'essai de débit d'eau
- ◆ Formulaire d'enquête sanitaire

Évaluation détaillée des nouveaux sites

30. Sources d'eau potentielles - l'expertise d'un spécialiste est généralement essentielle pour identifier et évaluer de nouvelles sources d'eau potentielles pour les sites de réfugiés. Pour les sources d'eau souterraine, une étude hydrogéologique détaillée devrait être entreprise avant le forage, et pour les sources d'eau de surface, une étude détaillée tenant compte des variations saisonnières du volume d'écoulement, de la turbidité, de la qualité de l'eau et d'autres facteurs pertinents devrait être effectuée avant la conception du système de captage et de la station de traitement. Ces évaluations sont généralement réalisées en collaboration avec la section aménagement de sites du HCR. Il est également très

important de prendre en compte les aspects humains des sources d'eau lors des évaluations, en particulier pour comprendre qui sont les utilisateurs actuels, qui possède les terres, les risques pour l'Environnement et les conflits avec la communauté d'accueil si la source doit être utilisée pour les populations réfugiées.

31. Considérations relatives à l'assainissement - l'évaluation de l'état du sol, y compris le type de sol (rocheux, sableux, argileux), la résistance du sol et la perméabilité du sol (essai de percolation) devrait être entreprise en creusant des fosses d'essai à divers endroits sur le site, ce qui nécessite normalement de l'équipement et des compétences spécialisées.
32. Considérations environnementales - la modélisation des risques d'inondation peut être demandée à la section d'aménagement des sites du HCR, aux termes d'un accord avec le Programme opérationnel pour les applications satellitaires (UNOSAT).

Évaluation des dispositions existantes en matière de gestion de l'EHA.

33. L'évaluation des mécanismes de gestion existants (par exemple, qui est propriétaire, s'occupe des infrastructures EHA existantes et paie pour ce faire) est une partie essentielle de toute évaluation des besoins, surtout dans les contextes où les infrastructures sont vieillissantes ou inadéquates. Lors de l'évaluation des mécanismes de gestion de

l'infrastructure EHA, il est essentiel de décrire QUI fait QUOI, OÙ, QUAND et COMMENT respectivement pour l'eau, la gestion des excréta, les déchets, l'hygiène ou les activités de lutte contre les vecteurs de maladies. À chaque étape, il faut noter les principales caractéristiques et l'état des activités de gestion entreprises (y compris le transport, la main-d'œuvre, le carburant, les pièces de rechange et les besoins en consommables). Certaines infrastructures EHA à grande échelle peuvent être complexes à évaluer et peuvent nécessiter une expertise spécialisée.

Évaluation de la législation EHA en vigueur

34. Après la phase d'urgence, le HCR et les acteurs EHA devraient prendre un moment pour s'assurer que la législation nationale concernant l'approvisionnement en eau, la gestion des excréta, l'hygiène, les déchets solides, la lutte contre les vecteurs de maladies et le drainage sont pleinement respectés. La meilleure façon d'évaluer et de comprendre rapidement la législation et les pratiques existantes est de faire participer les experts et les autorités locales dans le processus d'évaluation le plus tôt possible. Pendant les phases d'urgence et de stabilisation, il peut être possible d'obtenir des dérogations à la législation en vigueur pour les interventions à court terme.

Évaluations des capacités institutionnelles

35. Pendant la phase de stabilisation, ou plus tôt si possible, il est important de prendre un moment pour évaluer la capacité et les besoins des fournisseurs de services de gestion des déchets et des autorités locales de gestion des déchets, ainsi que le soutien prioritaire supplémentaire dont ils peuvent avoir besoin pour remplir leur rôle. Une évaluation des capacités institutionnelles peut s'avérer utile pour y parvenir. Afin d'obtenir les meilleurs résultats du processus d'évaluation des capacités, il est important que cette activité soit entreprise dans un esprit de collaboration et de réflexion ouverte avec l'institution, en vue d'une intégration à plus long terme des services EHA pour les réfugiés aux structures de gestion des services EHA de la communauté d'accueil. Pour ce faire, il est utile d'examiner les points suivants avec les fournisseurs de services :

- ◆ Âge, type, capacité et état des équipements EHA.
- ◆ Âge, type, capacité et état des infrastructures EHA.
- ◆ Structure des ressources humaines (organigramme), y compris les capacités techniques et managériales et l'expérience.
- ◆ Maintenance de la flotte et capacité logistique
- ◆ Budgets opérationnels

Analyse de l'évaluation EHA et établissement de rapports

Analyse des résultats de l'évaluation et élaboration d'un plan d'action EHA.

36. Le processus d'analyse vise à organiser, réviser, synthétiser et interpréter les informations collectées tout au long du processus d'évaluation EHA. Un plan d'analyse devrait être utilisé pour décrire comment l'information recueillie sera utilisée. Le produit final du processus d'analyse sera constitué de conclusions et recommandations principales et d'un plan d'action EHA qui décrit clairement les stratégies de la réponse EHA à court et moyen terme qui répondent aux questions OÙ, QUAND, QUOI, QUI et COMBIEN.

Format d'un rapport d'évaluation EHA complète

37. Un rapport d'évaluation EHA complète doit compter au maximum 20 pages (à l'exclusion du résumé et des annexes) et suivre les grandes lignes ci-dessous.

- i). **Résumé** 2 à 3 pages, comprenant les principales informations de base, les besoins identifiés et les recommandations.
- ii). **Introduction** : Contexte de l'évaluation EHA complète, objectifs, pourquoi l'évaluation a été menée, aperçu de la situation actuelle, ce que l'évaluation visait à réaliser.
- iii). **Méthodologie** : Comment l'évaluation a été menée,

- quand, quelles méthodes et quels outils ont été utilisés.
- iv). **Limites et défis** : Description de tous les problèmes rencontrés pour atteindre les objectifs globaux de l'évaluation EHA.
- v). **Conclusions** :
- Vue d'ensemble de la situation des réfugiés : origine, nombre, sites, relations communautaires environnantes.
 - Contexte : bref survol du contexte humanitaire.
 - Principales conclusions (organisées géographiquement par site et par domaine thématique EHA). En particulier, les principales conclusions devraient répondre aux questions suivantes :
 - Le site nécessitera-t-il une solution d'approvisionnement en eau centralisée ou décentralisée ?
 - La solution d'approvisionnement en eau sera-t-elle intégrée à l'infrastructure locale ou sera-t-elle autonome ?
 - Les conditions du sol et de l'eau souterraine conviennent-elles à l'assainissement sur place ?
 - Quelles seront les grosses dépenses EHA ?
- vi). **Besoins et lacunes** : comment l'assistance actuelle répond-t-elle aux besoins EHA en plus des lacunes en la matière ? Cette section devrait également inclure tous les scénarios futurs probables et l'évolution des besoins.
- vii). **Conclusions et recommandations** : Cette section devrait résumer les principales conclusions de l'évaluation EHA et l'évolution probable de la situation à court et moyen terme.
- viii). **Activités recommandées** : Description des plans d'action EHA à court et moyen terme répondant aux questions QUI, QUOI, OÙ, QUAND et COMMENT.
- ix). **Annexes** :
- TdR.
 - Statistiques détaillées.
 - Cartes.
 - Participants (y compris les noms des organisations et des individus).
 - Liste des sources de données secondaires analysées.
 - Liste des sites visités, personnes rencontrées, discussions de groupe organisés, informateurs clés interrogés.
 - Copies des outils de collecte de données utilisés (fiches préliminaires des informateurs clés, questionnaires d'enquête rapide auprès des ménages, outils d'enquête sanitaire, etc.).

Encadré : 4.2 Questions essentielles pour l'évaluation EHA dans les contextes de réfugiés

Questions générales

- Combien de femmes, d'hommes, d'enfants et de familles déplacés sont présents ?
- Le nombre de réfugiés augmente-t-il, reste-t-il le même ou diminue-t-il ?

Disponibilité de l'eau

- D'où proviennent les approvisionnements en eau actuellement ?
- À quelle distance se trouvent ces sources d'eau ? À qui appartiennent ces sources d'eau ? Y a-t-il des alternatives ?
- Quel est le nombre moyen de réfugiés par point de collecte d'eau ?
- Quelle est la quantité d'eau recueillie par ménage et par jour ?
- Quelle est la capacité de stockage d'eau de chaque ménage ?
- Les approvisionnements en eau sont-ils protégés contre la contamination ?
- Le débit et la quantité sont-ils suffisants ? Les approvisionnements sont-ils fiables / disponibles toute la journée / l'année ?
- Quelle est la qualité de ces sources d'eau ? Sont-elles chlorées ?
- Quelles sont les ressources dont disposent les familles pour traiter l'eau ?

Gestion des excréta

- Quelle est la pratique actuelle de défécation ? Y a-t-il une zone désignée ?
- La pratique actuelle de défécation constitue-t-elle une menace pour l'approvisionnement en eau ou les zones d'habitation ?
- Existe-t-il des toilettes ? Dans l'affirmative, sont-elles utilisées, sont-elles suffisantes et sont-elles utilisées avec succès ? Sont-elles séparées par sexe ? Peut-on les améliorer ?
- La population serait-elle disposée à partager ou préfère-t-elle des toilettes communautaires ?
- Quels sont les matériaux locaux disponibles pour la construction de toilettes ?
- Y a-t-il suffisamment d'espace pour les toilettes ? Quelle est la pente du terrain ?
- Les conditions du sol conviennent-elles à l'élimination des excréta sur place ? Quel est le niveau de la nappe phréatique ?
- Qu'est-ce que les gens utilisent pour la toilette anale ? Le matériel disponible est-il suffisant ?
- Y a-t-il de l'eau pour le nettoyage anal, la chasse d'eau ou le lavage des mains ?
- Comment les gens géraient les excréta avant l'urgence ?
- Les hommes, les femmes et les enfants se sentent-ils en sécurité dans les installations ? Les portes des toilettes se verrouillent-elles ?

Gestion des déchets solides

- Comment les déchets solides sont-ils gérés ? Quelles sortes de déchets sont produits ?
- Y a-t-il des points de collecte désignés ? Quelle est la fréquence de collecte des déchets ?
- Y a-t-il des déchets en putréfaction ou des décharges sauvages incontrôlés ?
- Les pratiques de gestion des déchets représentent-elles une menace pour l'approvisionnement en eau ou les zones d'habitation ?
- Comment les déchets dangereux sont-ils gérés ? Où se trouvent ces déchets ?
- Y a-t-il des organismes responsables de la collecte et de l'élimination des déchets ?
- De quelles ressources (excavatrices / camions / personnel) disposent-ils ?
- Existe-t-il des sites d'enfouissement ? Qui sont les propriétaires ? Sont-ils exploités avec succès ?
- Y a-t-il suffisamment d'espace pour un site d'enfouissement ? Quelle est la pente du terrain ? Quel est le niveau de la nappe phréatique ? Les conditions géologiques conviennent-elles à la mise en décharge ?

Hygiène

- Le savon est-il disponible pour le lavage des mains et la lessive ?
- Comment les selles des enfants sont-elles éliminées et où ?
- Quel est l'état des récipients de stockage d'eau ? L'eau est-elle stockée de façon saine ?
- Les aliments sont-ils conservés et préparés de façon saine ?
- Existe-t-il des installations pour le bain, la lessive et le séchage ? Sont-elles séparées ?
- Les installations offrent-elles des niveaux suffisants de protection de l'intimité et de sécurité ?
- Les femmes ont-elles un endroit pour faire tremper / laver / sécher / éliminer les articles de GHM dans la dignité ?
- Les gens seraient-ils prêts à partager les installations de bain ?

Lutte contre les vecteurs

- Les mouches, les poux, les puces, les tiques, les rongeurs, les chauves-souris, les oiseaux ou les moustiques posent-ils problème ?
- Les ordures ménagères sont-elles couvertes quotidiennement avec de sol d'au moins 20 cm ?
- Y a-t-il des problèmes d'eau stagnante ou de fossés bloqués ?

Remarque : La liste des questions n'est pas exhaustive et n'est qu'un aide-mémoire.

Des questions supplémentaires devraient être formulées en fonction des réponses reçues et du contexte.

5. Suivi et rapports EHA

Un suivi régulier des indicateurs EHA est essentiel pour comprendre si les programmes EHA dans les sites de réfugiés sont sur la bonne voie pour répondre aux besoins de base et atteindre les objectifs convenus. L'établissement de rapports sur les indicateurs EHA est essentiel pour que tous les acteurs puissent comprendre les progrès réalisés par les activités EHA, y compris les réfugiés eux-mêmes.

Mise en place d'un suivi de routine des indicateurs EHA

1. Le suivi de routine des indicateurs EHA de base du HCR doit commencer immédiatement pendant la phase d'urgence et se poursuivre jusqu'à ce qu'une solution durable ait été trouvée pour la population réfugiée. Il s'effectue indépendamment du contexte, qu'il s'agisse d'une situation d'urgence, d'une situation post-urgence, des camps ou hors des camps, en milieu urbain ou rural.
2. Les programmes EHA devraient également suivre l'évolution des indicateurs EHA de base pour montrer clairement que les valeurs cibles du HCR seront atteintes à temps. Pendant la période initiale de la réponse, la couverture en points d'eau, toilettes, douches, conteneurs d'eau, kits d'hygiène et de l'accès aux articles de protection hygiénique, sous-vêtements et au savon devrait être suivie de près. Si les taux d'intensification montrent que l'objectif du HCR ne sera pas atteint à temps, des ressources financières, matérielles et humaines supplémentaires devraient être allouées.
3. Le HCR utilise un système de suivi-évaluation EHA en ligne accessible à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/systeme-de-suivi-eha-pour-les-sites-de-refugies/> qui fait partie de la plate-forme plus large de suivi de la santé publique appelée iRHIS, utilisée pour gérer et analyser les données de santé publique collectées dans le cadre des opérations en faveur des réfugiés. Le système de suivi-évaluation EHA est utilisé pour créer des fiches de rapport EHA pour les sites de réfugiés qui suivent les tendances des indicateurs clés de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène au niveau des ménages et de la communauté.
4. Pour les utilisateurs EHA, il existe un nom d'utilisateur EHA par pays. Les utilisateurs peuvent demander l'accès en contactant l'unité EHA au siège du HCR. Les données des indicateurs EHA sont saisies directement sur le site web du système de suivi EHA par le partenaire EHA (ou le responsable EHA du HCR) au niveau du pays ou du site.

5. Au minimum, les « indicateurs d'accès » EHA de base du HCR devraient être mesurés mensuellement et les « indicateurs ménages » mesurés annuellement. La version actuelle des principaux indicateurs et standards EHA du HCR est présentée ci-dessous et les versions mises à jour peuvent être consultées à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/indicateurs-et-objectifs-eha/>.
6. Les données actuelles et historiques des indicateurs EHA sont accessibles sur <https://wash.unhcr.org/fr/wash-dashboard-for-refugee-settings/> Les progrès par rapport aux indicateurs peuvent être visualisés au fil du temps et des comparaisons peuvent être faites entre différents sites et pays.

Suivi des « indicateurs d'accès » EHA à l'aide d'une fiche de rapport mensuel

7. Les « indicateurs d'accès » devraient être suivis mensuellement à l'aide de la fiche de rapport mensuel du HCR et les résultats enregistrés à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/systeme-de-suivi-eha-pour-les-sites-de-refugies/>. Des consignes d'utilisation détaillées de la fiche de rapport mensuel sont mises à la disposition des utilisateurs inscrits sur le site Internet. La fiche de rapport mensuel du HCR est utilisée pour un suivi régulier des aspects suivants :
- ◆ Nombre moyen de litres d'eau potable disponibles par personne et par jour

- ◆ Nombre moyen de litres d'eau potable par personne et par jour collectée au niveau des ménages $\geq 15 \geq 20$
- ◆ Nombre de personnes par robinet d'eau utilisable
- ◆ Pourcentage de tests de qualité de l'eau aux points de collecte de l'eau non chlorée avec 0 UFC / 100 ml
- ◆ Pourcentage de tests de qualité de l'eau aux points de collecte de l'eau chlorée avec le CRL dans la plage de 0,2 à 2 mg / l et une turbidité <5NTU.
- ◆ Nombre de personnes par toilettes / latrines
- ◆ Nombre de personnes par abri de bain / douche
- ◆ Nombre de personnes par promoteur d'hygiène

Suivi des « indicateurs ménage » EHA à l'aide d'une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) standardisée

8. Les « indicateurs ménage » devraient être suivis sur une base annuelle en utilisant l'enquête CAP standardisée du HCR et les résultats enregistrés sur le site Internet à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/systeme-de-suivi-eha-pour-les-sites-de-refugies/>. Les acteurs EHA devraient s'efforcer d'effectuer une première enquête CAP de base dans les 6 premiers mois de l'urgence, puis au moins une fois par an (idéalement deux fois par an si les saisons des pluies et sèches sont distinctes). Les résultats de l'enquête CAP devraient être utilisés pour aider à

modifier les activités EHA, en particulier les aspects de promotion de l'hygiène. Le manuel d'enquête CAP est accessible sur Internet à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/systeme-de-suivi-eha-pour-les-sites-de-refugies/enquete-cap-eha-modules/> et comprend des questions EHA de base et une description de plusieurs méthodes d'échantillonnage représentatives scientifiquement solides.

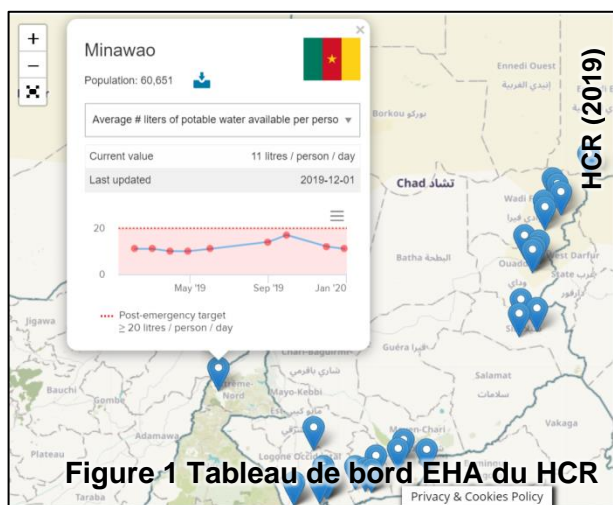


Figure 1 Tableau de bord EHA du HCR

9. L'enquête CAP standardisée du HCR est utilisée pour suivre régulièrement les indicateurs suivants :

- ◆ Nombre moyen de litres d'eau potable par personne et par jour collectée au niveau des ménages
- ◆ Ménages ayant une capacité de stockage d'eau potable d'au moins 10 litres par personne
- ◆ Distance maximale [en m] entre le ménage et le point de collecte de l'eau potable
- ◆ Pourcentage de ménages collectant de l'eau potable de sources protégées / traitées
- ◆ Pourcentage de ménages possédant des toilettes / latrines

- ◆ Pourcentage de ménages déclarant déféquer dans des toilettes
- ◆ Pourcentage de ménages ayant accès au savon et à un dispositif spécifique pour le lavage des mains
- ◆ Pourcentage de ménages ayant accès à des installations d'élimination des déchets solides

Cartographie des infrastructures EHA

10. Une simple cartographie des installations EHA (par exemple, points d'eau, toilettes, cabines de bain, points de collecte des déchets solides) peut aider à obtenir un aperçu instantané clair de la couverture et des conditions. Les couleurs peuvent être utilisées pour tracer les installations EHA en vert si elles sont fonctionnelles, en jaune si elles ont des problèmes mineurs, et en rouge s'il y a un problème qui mérite une attention immédiate. Les figures ci-dessous fournissent un exemple.

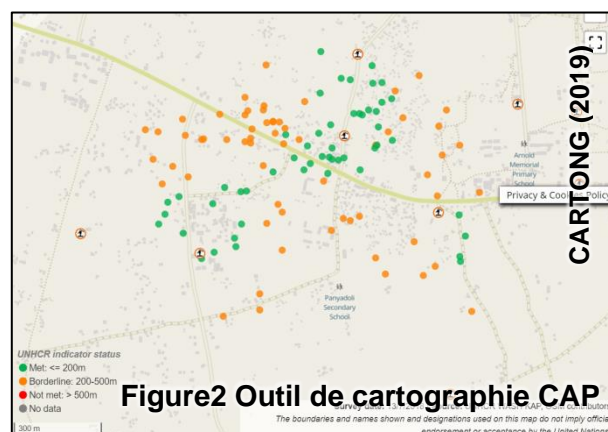


Figure 2 Outil de cartographie CAP

Ces systèmes d'information géographique simples peuvent également être partagés avec le programme de santé pour étudier les liens entre la maladie, le lieu

Indicateurs et objectifs EHA du HCR - janvier 2020

Indicateur		Objectif 1 d'Urgence	Objectif Post-Urgence	Moyens de Mesure
Quantité d'eau	Quantité moyenne de litres d'eau potable ² disponible par personne par jour	≥ 15	≥ 20	IRHIS (mensuel)
	Quantité moyenne de litres d'eau potable collectée au niveau du ménage par personne par jour	≥ 15	≥ 20	Enquête CAP (annuelle)
	% de ménages avec une capacité de stockage de l'eau potable d'au moins 10 litres/personne	≥ 70%	≥ 80%	Enquête CAP
Accès à l'eau	Distance maximale [m] d'un ménage a un point d'eau	≤ 500m	≤ 200m	Cartes Enquête CAP
	Nombre de personnes par pompe manuelle/puits/source d'eau fonctionnelle ³	≤ 500	≤ 250	IRHIS
	Nombre de personnes par robinet (borne fontaine) fonctionnel ⁴	≤ 250	≤ 100	IRHIS
Qualité de l'eau	% de ménages s'approvisionnant en eau potable à partir de sources d'eau protégées/traitées	≥ 70%	≥ 95%	Enquête CAP
	% de tests de qualité de l'eau aux points de collecte d'eau non chlorée avec 0 UFC/100ml	≥ 95%	≥ 95%	IRHIS
	% de tests de qualité de l'eau aux points de collecte d'eau chlorée avec un chlore résiduel libre entre 0.2-2mg/L et une turbidité <5NTU ⁵	≥ 95%	≥ 95%	IRHIS
Assainissement	Nombre de personnes par latrine/toilette	≤ 50	≤ 20 ⁶	IRHIS
	% de ménages avec une latrine/toilette ⁷ familiale	-	≥ 85%	Enquête CAP / IRHIS
	% de ménages rapportant une défécation dans une latrine ou toilette	≥ 60%	≥ 85%	Enquête CAP
Hygiène	Nombre de personnes par douche	≤ 50	≤ 20 ⁶	IRHIS
	Nombre de personnes par sensibilisateur à l'hygiène	≤ 500	≤ 1000 ⁸	IRHIS
	% de ménages avec accès à du savon ^{9 & 10}	≥ 70%	≥ 90%	Enquête CAP
	% de femmes en âge de procréer qui sont satisfaites du matériel et des installations de gestion de l'hygiène menstruelle	≥ 70%	≥ 90%	Enquête CAP
Quantité d'eau	% de ménages avec accès à un système d'élimination des déchets solides	≥ 70%	≥ 90%	Enquête CAP
Objectifs EHA du HCR pour les Structures Communautaires				
Ecoles	Une moyenne de 3 litres d'eau potable disponible par élève par jour 400 élèves par pompe manuelle/puits fonctionnel 200 élèves par robinet fonctionnel 50 élèves par toilette (30 filles/toilette, 60 garçons/toilette – ajouter des urinoirs pour les garçons)			
Centres de santé/ Centre de nutrition	Une moyenne de 20 litres d'eau potable disponible par patient externe par jour Une moyenne de 50 litres d'eau potable disponible par patient interne/lit par jour 1 point d'eau dédié par centre de santé 20 patients externes par latrine/toilette 10 patients internes/lits par latrine/toilette			
<p>¹ Une urgence est définie arbitrairement comme les 6 premiers mois après la stabilisation d'un mouvement de population. Cependant, cette définition doit rester spécifique au contexte et ne devrait servir que de directive générale.</p> <p>² Eau potable = eau propre à la consommation</p> <p>³ Pour les systèmes d'eau décentralisés</p> <p>⁴ Pour les systèmes d'eau centralisés</p> <p>⁵ L'objectif minimum aux points d'eau devrait être 0.5mg/L de chlore résiduel libre en général et 1mg/L FRC durant une épidémie</p> <p>⁶ La norme post-urgence est 20 personnes par latrine/douche, en visant 1 latrine/douche par ménage ou ≈5 personnes</p> <p>⁷ Les latrines/toilettes doivent être des installations qui sont lavables, garantissent l'intimité et sont structurellement sûres</p> <p>⁸ Dans les situations de post-urgence, les sensibilisateurs à l'hygiène devraient être combinés avec les sensibilisateurs à la santé</p> <p>⁹ Pour maintenir la santé, la dignité et le bien-être, au moins 450 grammes de savon doivent être distribués par personne et par mois. 250g est pour l'hygiène personnelle; 200g est destiné à la lessive et à d'autres fins de lavage.</p> <p>¹⁰ Pour soutenir la gestion de l'hygiène menstruelle (MHM), l'HCR s'est engagé à fournir 250g / mois de savon en plus de la distribution générale de savon.</p>				

de résidence des patients et le manque d'accès aux services d'EHA. Les cartes sont particulièrement utiles pour analyser les données sur les épidémies (cartographie des cas) et pour déterminer les lacunes dans la couverture des services EHA.

Suivi de la rentabilité et de l'efficacité des réponses EHA

11. Pendant la phase post-urgence, le HCR et les acteurs EHA devraient surveiller le coût et l'efficacité de toutes les interventions EHA au fil du temps. Les indicateurs de base de l'optimisation des ressources comprennent :

- ◆ Le coût de l'approvisionnement en eau (par m³ et par réfugié)
- ◆ Le coût de la gestion des excréta (par m³ et par réfugié)
- ◆ Le coût des services de gestion des déchets solides (par tonne et par réfugié)

12. Le suivi des dépenses EHA par réfugié permet de comparer différents contextes de réfugiés et peut également être utilisé pour expliquer pourquoi les indicateurs ne sont pas atteints dans certains contextes en raison d'un manque de financement. Le suivi des dépenses d'EHA peut également mettre en évidence les sites qui ne font pas un usage efficace des ressources.

13. Outre le suivi des coûts, le HCR et les acteurs EHA devraient également surveiller la productivité des programmes EHA dans un effort de maximisation. Les programmes EHA emploient généralement un grand nombre de

personnes (par exemple, équipes de construction, équipes d'exploitation et de maintenance, promoteurs d'hygiène, nettoyeurs, équipes de collecte des déchets), véhicules (par exemple, véhicules de collecte des déchets, camions citernes à eau, camionnettes de maintenance) et machines (par exemple, pompes à eau, machines de traitement de l'eau, pompes à boues). De petits changements dans le fonctionnement de ces actifs peuvent se traduire par d'importantes augmentations de l'efficacité. Des carnets de bord simples devraient être utilisés pour surveiller le fonctionnement des véhicules, des machines et du personnel. Par exemple, pour les camions citernes à eau ou les véhicules de collecte des déchets, on peut mesurer combien de voyages aller-retour sont effectués par quart de travail, combien de temps est consacré à l'attente, au chargement, à la collecte ou au transport.

14. Le HCR et les acteurs EHA devraient veiller à ce que les taux de panne des infrastructures (en particulier les programmes qui utilisent des pompes manuelles pour l'approvisionnement en eau) et les taux de remplacement des pièces de rechange soient suivis de près pour s'assurer que les stratégies de réduction de la fréquence des pannes et de remplacement fonctionnent (et pour identifier les irrégularités et l'augmentation de la fréquence des taux de panne et de remplacement des pièces de

rechange). Les indicateurs de ventilation de base comprennent :

- ◆ Pourcentage de fiabilité
(nombre de jours d'exploitation / nombre total de jours écoulés)

15. Toutes les données collectées par le programme EHA devraient servir à éclairer les décisions ainsi qu'à améliorer les performances et le rapport coût-efficacité du programme. Il ne s'agit pas seulement d'économiser l'argent des donateurs, mais aussi de passer à un modèle économique qui peut être transmis à la population réfugiée ou aux autorités locales. On trouvera de plus amples informations sur le suivi du coût et de l'efficacité des interventions EHA dans les sites de réfugiés dans le projet du HCR intitulé « Coût de l'eau »¹⁸ accessible sur Internet à l'adresse <https://wash.unhcr.org/fr/>

16. Il faudrait également surveiller les questions de protection et de responsabilité, en particulier les sentiments de sécurité, de respect de l'intimité et de convivialité des installations. Il convient de veiller tout particulièrement à obtenir une rétroaction de la part des femmes, des filles, des personnes âgées et des personnes appartenant à des groupes marginalisés ou vulnérables. Ce suivi devrait être entrepris en collaboration avec les collègues de la protection. On

trouvera de plus amples informations au chapitre 2.

¹⁸ <https://wash.unhcr.org/download/the-cost-of-water-project/>

Références

Introduction

Documents de référence techniques EHA

- ◆ ACF (2005), Eau et assainissement pour les populations à risques. ACF, Paris. https://www.actionagainsthunger.org/sites/default/files/publications/Water_sanitation_and_hygiene_for_populations_at_risk_12.2005.pdf
- ◆ Davis J, Lambert R, (2002), Engineering in Emergencies 2nd Ed. ITDG, UK. [Davis J, Lambert R. (2002). Ingénierie dans les situations d'urgence. 2^e édition. ITDG, UK.]
- ◆ Ferron, Morgan, O'Reilly, (2007), Hygiene Promotion: A Practical Manual for Relief and Development [Ferron, Morgan, O'Reilly (2007). Promotion de l'hygiène : un manuel pratique pour les interventions de développement et humanitaires.]
- ◆ John Hopkins and IFRC (2008), Public Health Guide for Emergencies. [John Hopkins et IFRC (2008), [Guide de la santé publique pour les situations d'urgence]. <https://reliefweb.int/report/world/johns-hopkins-and-red-cross-red-crescent-public-health-guide-emergencies-second-edition>
- ◆ Technicien sanitaire en situations précaires 2^e édition (MSF, 2010) https://medicalguidelines.msf.org/viewport/phe/files/latest/30544469/30544476/1/1527598300832/public_health_fr.pdf
- ◆ SPHERE (2018) charte humanitaire et les standards minimums de l'intervention humanitaires <https://spherestandards.org/> ; <https://spherestandards.org/fr/manuel/editions/>
- ◆ HCR (2015), Manuel des situations d'urgence, 3e éd. HCR, Genève. <https://emergency.unhcr.org/> ; <https://www.refworld.org/docid/3deddf654.html>
- ◆ UNHCR (1992), Water Manual for Refugee Situations. UNHCR, Geneva. [HCR (1992) [Manuel de l'eau pour les situations de réfugiés. HCR, Genève]. <https://www.unhcr.org/publications/operations/3ae6bd100/unhcr-water-manual-refugee-situations.html>
- ◆ WEDC (2007), Excreta Disposal in Emergencies. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK. [WEDC (2007), Élimination des excreta dans les situations d'urgence. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Université de Loughborough, Royaume-Uni] https://www.sswm.info/sites/default/files/reference_attachments/HARVEY%202007%20Excreta%20Disposal%20in%20Emergencies%20%20A%20Field%20Manual.pdf
- ◆ OMS (2017), Directives de qualité pour l'eau de boisson, 4e éd. Organisation mondiale de la santé, Genève. https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/drinking-water-quality-guidelines-4-including-1st-addendum/fr/
- ◆ UNHCR (2019), WASH in the Comprehensive Refugee Response Framework. UNHCR, Geneva. [HCR (2019) EHA dans le cadre de réponse globale pour les réfugiés, HCR Genève] <https://wash.unhcr.org/download/wash-in-the-comprehensive-refugee-response-framework/>

Documents de référence juridiques et politiques EHA

- ◆ SDG 6 (2015) [ODD 6 (2015)] <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg6>
- ◆ UNHCHR (2010), UNHCHR (2010), 'Legal obligations of the rights to water and sanitation', Human right to water and sanitation UN special rapporteur, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, UNHCHR, Geneva.[HCDH (2010)« Une obligation juridique dont les bénéfices sont tangibles », Rapporteur spécial des Nations Unies sur le droit à l'eau potable et à l'assainissement, Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, HCDH, Genève.] https://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/LegalObligations_fr.pdf
- ◆ HCDH (2010), Le droit à l'eau : Fiche d'information # 35. Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, HCDH, Genève. https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet35_Fr.pdf
- ◆ HCR (2014), « Politique du HCR sur les alternatives aux camps ». HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/5422b8f09.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=548950164>
- ◆ HCR (2014), Stratégie globale pour la santé publique. Une stratégie du HCR pour 2014-2018. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/530f12d26.pdf> ; <https://www.unhcr.org/fr/53ba648c9.pdf>
- ◆ HCDH (2014), « Manuel Pratique pour la réalisation des droits humains à l'eau et à l'assainissement ', Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, HCDH, Genève. <https://www.ohchr.org/EN/Issues/WaterAndSanitation/SRWater/Pages/Handbook.aspx>
- ◆ UNHCR (2018), Global Trends Forced Displacement in 2018. UNHCR, Geneva. [HCR (2018) Tendances mondiales des déplacements forcés en 2018. HCR, Genève.]. <https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>

Chapitre 1 - Principes de protection EHA du HCR

WASH, Protection, Responsabilité, Techniques Participatives

- ◆ CHS Alliance, The Sphere Project and Group URD (2015) Core Humanitarian Standard : CHS Guidance Notes and Indicators, CHS Alliance, The Sphere Project and Group URD.[CHS Alliance, Projet Sphere et Group URD (2015) Norme humanitaire fondamentale: Notes d'orientation et indicateurs CHS].<https://corehumanitarianstandard.org/resources/chs-guidance-notes-and-indicators>
- ◆ Ferron, S & Lloyd, A (2014) Emergency EHA for Children, Scoping Study, 2014, Save the Children [Ferron, S & Lloyd, A (2014) EHA d'urgence pour les enfants, Étude exploratoire, 2014, Save The Children]. <https://www.elrha.org/wp-content/uploads/2015/02/2014-10-11-Emergency-WASH-for-Children-Final.pdf>
- ◆ Help Age (2015, Pilot version) Minimum Standards for Age and Disability Inclusion in Humanitarian Action, Age and Disability Capacity Project (ADCAP). [Help Age (2015, version pilote) Normes minimales pour l'inclusion de l'âge et du handicap dans l'action humanitaire, projet sur les capacités en matière d'âge et de handicap (ADCAP)]. <https://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/adcap-age-and-disability-capacity-building-programme/>

- ◆ House, S. Ferron, S, Sommer, M, and Cavill, S. (2014) Violence, Gender & WASH: A Practitioner's Toolkit - Making water, sanitation and hygiene safer through improved programming and services. London, UK: WaterAid/SHARE (co-published by 27 organisations) [House, S. Ferron, S, Sommer, M, et Cavill, S. (2014) Violence, genre et EHA : Boîte à outils du praticien - Rendre l'eau, l'assainissement et l'hygiène plus sûrs grâce à une programmation et des services améliorés. Londres, Royaume-Uni :WaterAid / SHARE (co-publié par 27 organisations)] <https://www.susana.org/en/knowledge-hub/resources-and-publications/library/details/2098>
- ◆ IASC (2006), 'Gender and Water, Sanitation and Hygiene in Emergencies'. Inter-Agency Standing Committee, Geneva, Switzerland. [IASC (2006), « Genre et eau, assainissement et hygiène dans les situations d'urgence ». Comité permanent interorganisations, Genève, Suisse.] <http://www.ungei.org/resources/files/13.pdf>
- ◆ IFRC (2006), Gender in water, sanitation and hygiene promotion guidance note. The International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Geneva, Switzerland. [IFRC (2006), Note d'orientation sur l'égalité des sexes dans l'eau, l'assainissement et la promotion de l'hygiène ». Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Genève, Suisse]. https://www.rcrc-resilience-southeastasia.org/wp-content/uploads/2016/01/WASH_Gender-in-Water-Sanitation-and-Hygiene-Promotion-Guidance-Note-2012-EN-1.pdf
- ◆ HCR (2006), L'outil du HCR pour l'évaluation participative dans les opérations. HCR, Genève. <https://www.refworld.org/pdfid/462df4232.pdf> ; <https://www.refworld.org/docid/46e9231d2.html>
- ◆ HCR (2008) Manuel du HCR pour la protection des femmes et des filles. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/47cfa9fe2.pdf> ; <https://www.unhcr.org/fr/4c8f3fd96.html>
- ◆ HCR (2016), Protection et Responsabilité dans le domaine de l'EHA, document d'information. HCR, Genève. <https://wash.unhcr.org/fr/download/protection-et-responsabilite-dans-le-domaine-eha-unhcr/>
- ◆ HCR (2008), L'approche communautaire dans les opérations de l'UNHCR. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/47f0a0232.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=4c51413f2>
- ◆ HCR (2009), Politique du HCR sur la protection des réfugiés et les solutions en milieu urbain. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/4ab356ab6.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50a626f02>
- ◆ HCR (2013), Comprendre l'approche communautaire de la protection. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/51d19cb79.html> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=570b5def4>

Âge, genre et diversité

- ◆ UNHCR (2017), UNHCR, Age, Gender and Diversity Accountability Report 2015. UNHCR, Geneva. [Rapport 2015 de responsabilité de l'UNHCR sur l'âge, le genre et la diversité. HCR, Genève.] <https://www.refworld.org/docid/5bd03df04.html>

- ◆ De Lange, R., Lenglet, A., Fesselet, J.F., Gartley, M., Altyev, M., Fisher, J. and Shanks, A. (2014) Keeping it simple: a gender-specific sanitation tool for emergencies , *Waterlines* 33, 1, 45-54. [De Lange, R. et al (2014) Faire simple : un outil d'assainissement sexospécifique pour les urgences]. <https://fieldresearch.msf.org/msf/handle/10144/550709>
- ◆ Mooijman, A. (2006), 'Girl-friendly toilets for schoolgirls: helping adolescent girls', IRC International Water and Sanitation Centre (IRC), The Hague, The Netherlands. [Mooijman, A. (2006), Toilettes adaptées aux filles pour les écolières : aidant les adolescentes, IRC International Water and Sanitation Centre (IRC), La Haye, Pays-Bas.] <https://www.ircwash.org/sites/default/files/Roberts-2006-Girl-friendly.pdf>
- ◆ UNHCR (2000), UNHCR's Policy on Older Refugees. UNHCR, Geneva. [Politique du HCR sur les réfugiés âgés. HCR, Genève.] <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=47daaad42>
- ◆ HCR (2003), La violence sexuelle et sexiste contre les réfugiés, les rapatriés et les personnes déplacées, Principes directeurs pour la prévention et l'intervention. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/3f696bcc4.pdf> ; <https://www.refworld.org/pdfid/41388ad04.pdf>
- ◆ UNHCR (2018), Age, Gender and Diversity Policy, Working with people and communities for equality and protection. UNHCR, Geneva. [HCR (2018) Politique en matière d'âge, de genre et de diversité, Travailler avec les personnes et les communautés pour l'égalité et la protection. HCR, Genève.] <https://www.refworld.org/pdfid/4def34f6887.pdf>
- ◆ HCR (2011), Notes d'orientation 5 : Travailler avec les personnes âgées dans les situations de déplacement forcé. HCR, Genève. <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=510654a62>
- ◆ HCR (2011), Notes d'orientation 2 : Travailler avec des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexuées (LGBTI) en situation de déplacement forcé, <https://www.refworld.org/pdfid/4e6073972.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=577b6ee64>
- ◆ Zomerplaag, J., and Mooijman, A. (2004) 'Child friendly hygiene and sanitation facilities in schools'. IRC, Netherlands. [Zomerplaag, J., et Mooijman, A. (2004) « Installations d'hygiène et d'assainissement dans les écoles adaptées aux enfants ». IRC, Pays-Bas.] <https://www.washinschoolsindex.com/storage/documents/October2018/pd6P MI3sA2EjBWB2YRJ5.pdf>

Accessibilité

- ◆ Jones, H.E., et Reed, R.A. (2005), L'alimentation en eau et les installations sanitaires pour les personnes handicapées et autres groupes vulnérables : La conception des services permettant d'améliorer l'accessibilité. Water, Engineering and Development Centre (WEDC), Loughborough University, UK. <https://www.susana.org/en/knowledge-hub/resources-and-publications/library/details/2218> ; <https://wedc-knowledge.lboro.ac.uk/details.html?id=15262>

- ◆ Jones, H & Wilbur, J (2014), Compendium of accessible EHA technologies, WEDC, WaterAid, SHARE. [Jones, H & Wilbur, J (2014), Recueil de technologies EHA accessibles]. <https://hrbaportal.org/wp-content/files/Compendium-of-accessible-WASH-technologies.pdf>
- ◆ Oxfam (2017), Excreta disposal for physically vulnerable people in emergencies.' Oxfam GB, Oxford, UK. [Oxfam (2017), Élimination des excréta pour les personnes physiquement vulnérables dans les situations d'urgence]. <https://policy-practice.oxfam.org.uk/publications/excreta-disposal-for-physically-vulnerable-people-in-emergencies-126706>
- ◆ HCR (2011), Notes d'orientation 1 : Travailler avec les personnes handicapées dans les situations de déplacement forcé. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/4ec3c81c9.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=5e1c46f14>
- ◆ Vincent, D., et al (2008), 'How to build an accessible environment in developing countries. Manual 1: introduction and accessibility standards', Handicap International France, Cambodia Program, Phnom Penh. [Vincent, D., et al (2008), Comment créer un environnement accessible dans les pays en développement. Manuel 1 : introduction et normes] https://www.globaldisabilityrightsnow.org/sites/default/files/related-files/320/Access_Standards.pdf

Gestion de l'hygiène menstruelle (GHM)

- ◆ House, S., Mahon, T., and Cavill, S. (2012), 'Menstrual hygiene matters. A resource for improving menstrual hygiene around the world'. WaterAid, London, UK. [House, S., Mahon, T., et Cavill, S. (2012), Questions d'hygiène menstruelle, Une ressource pour améliorer l'hygiène menstruelle dans le monde. WaterAid, Londres, Royaume-Uni.] <https://menstrualhygieneday.org/wp-content/uploads/2016/12/Menstrual-hygiene-matters-low-resolution.pdf>
- ◆ Columbia University and International Rescue Committee (2017), Menstrual Hygiene Management in Emergencies Toolkit, IRC, New York. [Columbia University et International Rescue Committee (2017), Boîte à outils pour la gestion de l'hygiène menstruelle en situation d'urgence, IRC, New York] <https://www.rescue.org/resource/menstrual-hygiene-management-mhm-emergencies-toolkit>
- ◆ Robinson, A & Obrect, A (2016) Improving menstrual hygiene management in emergencies: IFRCs MHM Kit, HIF & ALNAP. [Robinson, A & Obrect, A (2016), Améliorer la gestion de l'hygiène menstruelle dans les situations d'urgence : Kit GHM de l'IFRCs, HIF & ALNAP.] <https://www.issuelab.org/resources/28402/28402.pdf>
- ◆ SPLASH (2015), Menstrual Hygiene Management Toolkit. USA, Washington DC. [Boîte à outil de la gestion de l'hygiène menstruelle] https://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KKKD.pdf
- ◆ Sommer, M. (2012), Menstrual hygiene management in humanitarian emergencies. gaps and recommendations. Waterlines 31, 83-104, Intermediate Technology, UK. [Sommer, M. (2012), Gestion de l'hygiène

menstruelle dans les urgences humanitaires.] <http://media.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/sites/13/2018/10/waterlines-menstrual-hygiene-article.pdf>

Chapitre 2 - Stratégie EHA et plans opérationnels

Interventions monétaires

- ◆ UNHCR (2013), An introduction to cash-based assistance in UNHCR operations. UNHCR, Geneva. [HCR (2013), Introduction à l'assistance monétaire dans les opérations du HCR. HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/515a959e9.pdf>
- ◆ UNHCR (2015), Operational guidelines for cash-based interventions in displacement settings. UNHCR, Geneva. [HCR (2015), Orientations opérationnelles pour les interventions monétaires dans les situations de déplacement. HCR, Genève.] <https://www.refworld.org/docid/54d387d14.html>
- ◆ HCR (2017), Interventions monétaires menées par les programmes WASH dans les camps des réfugiés. HCR, Genève. <https://wash.unhcr.org/download/cash-based-interventions-for-wash-programmes-in-refugee-settings/> ; <https://wash.unhcr.org/fr/download/interventions-monetaires-menees-par-les-programmes-wash-dans-les-camps-des-refugies/>

Opération et maintenance

- ◆ Brikké, F. (2000), 'Operation and maintenance of rural water supply and sanitation systems'. World Health Organisation (WHO), Geneva, Switzerland. [Brikké, F. (2000), Exploitation et maintenance des systèmes ruraux d'approvisionnement en eau et d'assainissement. Organisation mondiale de la santé (OMS), Genève, Suisse.] https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/omruralsystems/en/
- ◆ Davis, J., and Brikké, F. (1995), Making your water supply work: Operation and maintenance of small water supply systems. International Water and Sanitation Centre (IRC), Delft, The Netherlands. [Davis, J., et Brikké, F. (1995), Faire fonctionner votre approvisionnement en eau : Exploitation et maintenance de petits systèmes d'alimentation en eau. Centre international de l'eau et de l'assainissement (IRC), Delft, Pays-Bas.] <https://www.ircwash.org/resources/making-your-water-supply-work-operation-and-maintenance-small-water-supply-systems>
- ◆ Harvey, P. (2004), Sustainable handpump projects in Africa. WEDC, Loughborough University, UK. [Harvey, P. (2004), Projets durables de pompes à main en Afrique. WEDC, Université de Loughborough, Royaume-Uni.] https://wedc.lboro.ac.uk/docs/research/WEJW2/Report_-_Uganda.pdf
- ◆ Skinner, B. and Shaw, R. (1989), VLOM handpumps: WEDC technical brief #41'. WEDC, Loughborough University, UK. [Skinner, B. et Shaw, R. (1989), « Pompes à main VLOM : Dossier technique WEDC # 41 ». WEDC, Université de Loughborough, Royaume-Uni.] <https://www.lboro.ac.uk/orgs/well/resources/technical-briefs/technical-briefs.htm>

EHA et protection de l'Environnement

- ◆ BGS (2002), Assessing risk to groundwater from on-site sanitation. British Geological Society, Nottingham, UK. [BGS (2002), Évaluer le risque pour les eaux souterraines lié à l'assainissement sur place. British Geological Society, Nottingham, Royaume-Uni.] <https://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/r68692.pdf>
- ◆ CARE (2003), Guidelines for rapid environmental impact assessment in disasters. CARE International. [CARE (2003), Lignes directrices pour une évaluation rapide de l'impact sur l'Environnement en cas de catastrophe. CARE International.] https://www.preventionweb.net/files/8267_bhrcgen30apr1.pdf
- ◆ UNHCR (2001), The refugee operations and environmental management: a handbook of selected lessons learned from the field. UNHCR, Geneva. [HCR (2001), les opérations de réfugiés et gestion environnementale : quelques enseignements tirés du terrain. HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/406c38bd4.pdf>
- ◆ UNHCR (2005), UNHCR environmental guidelines. UNHCR, Geneva. [HCR (2005), Directives environnementales du HCR. HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/3b03b2a04.html>
- ◆ UNHCR (2009), Framework for assessing, monitoring and evaluating the environment in refugee related operations. UNHCR, Geneva. [HCR (2009), Cadre d'évaluation et de suivi-évaluation de l'Environnement dans les opérations liées aux réfugiés ». HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/4a97d1039.html>
- ◆ WHO (2006), Guidelines for the safe use of wastewater, excreta, and grey water. World Health Organization, Geneva. [OMS (2006), Utilisation sans risque des eaux usées, des excréta et des eaux ménagères. Organisation mondiale de la santé, Genève.] https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/gsuweg4/fr/

Réfugiés urbains

- ◆ HCR (1997), Politique du HCR sur les réfugiés dans les zones urbaines. HCR, Genève. <https://www.refworld.org/pdfid/3cbaedf74.pdf> ; <https://www.refworld.org/pdfid/3cbaee522.pdf>
- ◆ HCR (2009), Politique du HCR sur la protection des réfugiés et les solutions en milieu urbain e. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/4ab356ab6.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=50a626f02>
- ◆ UNHCR (2012), The implementation of UNHCR's policy on refugee protection and solutions in urban areas – global survey. UNHCR, Geneva. [HCR (2012), La mise en œuvre de la politique du HCR sur la protection des réfugiés et les solutions dans les zones urbaines - enquête mondiale. HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/516d658c9.pdf>

Chapitre 3 - Coordination du secteur WASH

- ◆ Global WASH Cluster (2009), Intercluster matrices of roles and accountabilities. UNICEF, Geneva. [Global WASH Cluster (2009), Matrices

intercluster des rôles et responsabilités. UNICEF, Genève.]

<https://washcluster.net/sites/default/files/2018-07/ICM-final-13-01-2010.pdf>

- ◆ Global WASH Cluster (2009), Guide pour la coordination du Cluster eau, hygiène et assainissement (WASH). UNICEF, Genève. https://humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2014/02/WASH_Cluster_Coordinator_Handbk_FINAL_VERSION_Jan09-1.pdf ; <http://washcluster.net/wp-content/uploads/sites/5/2014/04/Guide-pour-la-Coordination-du-Cluster-WASH.pdf>
- ◆ HCR (2013), Modèle de coordination du HCR pour les réfugiés : Adaptation de la coordination du HCR pour les réfugiés dans le contexte de l'Agenda transformatif. HCR, Genève. <https://www.unhcr.org/53679e2c9.pdf> ; <https://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendocpdf.pdf?reldoc=y&docid=57176cc04>
- ◆ UNHCR (2014), UNHCR refugee coordination model: Frequently asked questions. UNHCR, Geneva. [HCR (2014), Modèle de coordination des réfugiés du HCR : Questions fréquemment posées. HCR, Genève.] <https://www.unhcr.org/54f6cb129.pdf>
- ◆ UNHCR (2014), Joint UNHCR – OCHA note on mixed situations : Coordination in practice. UNHCR / OCHA, Geneva. [HCR (2014), Note conjointe HCR - OCHA sur les situations mixtes : Coordination dans la pratique ». HCR / OCHA, Genève.] <https://www.icvanetwork.org/system/files/versions/1%20HCR-OCHA%20Coordination%20in%20Mixed%20Settings%20.pdf>

Chapitre 4 - Évaluations WASH

Évaluations des besoins

- ◆ Global WASH Cluster (2014), WASH Cluster Indicators: Humanitarian Indicator Registry (HIR) & Associated Question Bank, Global WASH Cluster, UNICEF, Geneva, Switzerland. [Cluster WASH Global (2014), indicateurs du Cluster WASH: registre des indicateurs humanitaires et banque de questions y afférant, UNICEF. Genève, Suisse] <https://www.humanitarianresponse.info/applications/ir>
- ◆ IASC (2012), Guide opérationnel pour la coordination des évaluations lors de crises humanitaires. Genève, Suisse. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/legacy_files/operational_guidance_for_coordinated_assessments_in_humanitarian_crises.pdf
- ◆ IASC (2012), Multi Cluster / Sector Initial Rapid Assessment (MIRA) IASC, Geneva, Switzerland. [IASC (2012), Évaluation multisectorielle initiale rapide. Genève, Suisse. https://www.unocha.org/sites/dms/CAP/mira_final_version2012.pdf
- ◆ NRC (2014), Humanitarian needs assessment: The good enough guide. Norwegian Refugee Council (NRC), Oslo, Norway. [NRC (2014), Évaluation des besoins humanitaires : Le guide "assez bien", Norwegian Refugee Council (NRC), Oslo, Norvège.] <https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/h-humanitarian-needs-assessment-the-good-enough-guide.pdf>

- ◆ HCR (2006), Outil de l'UNHCR pour l'évaluation participative dans les opérations. HCR, Genève, Suisse.
<https://www.refworld.org/docid/462df4232.html>
- ◆ UNHCR (2013), Needs assessment for refugee emergencies checklist (NARE). UNHCR, Geneva, Switzerland. [Liste de contrôle pour l'évaluation des besoins pour les urgences de réfugiés (NARE). HCR, Genève, Suisse.]
<https://cms.emergency.unhcr.org/documents/11982/35782/UNHCR+%282014%29+Needs+Assessment+for+Refugee+Emergencies+%28NARE%29+Checklist/987aad03-262f-4a69-ab1e-cb293ae882a1>

Chapitre 5 - Suivi et rapports WASH

- ◆ UNHCR (2006), 'Practical guide to the systematic use of standards and indicators in UNHCR operations', Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Geneva, Switzerland. [HCR (2006), « Guide pratique de l'utilisation systématique des normes et des indicateurs dans les opérations du HCR », Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR), Genève, Suisse.] <https://www.unhcr.org/40eaa9804.pdf>
- ◆ Global WASH Cluster (2014), 'WASH information management guidance note', Global WASH Cluster, UNICEF, Geneva, Switzerland. [Cluster WASH Global (2014), Note d'orientation sur la gestion de l'information EHA. Global WASH Cluster, UNICEF, Genève, Suisse.] <https://washcluster.net/wp-content/uploads/sites/5/2014/09/0.-WASH-IM-Guidance-Note-FINAL-DRAFT-20160822.pdf>
- ◆ UNHCR (2014), 'Emergency information management toolkit. UNHCR, Geneva, Switzerland. [HCR (2014), Boîte à outils pour la gestion de l'information en urgence, HCR, Genève, Suisse.] www.unhcr.org/55005ae59.pdf
- ◆ HCR (2020), « Indicateurs et cibles pour les interventions EHA du HCR pour les contextes de réfugiés ». HCR, Genève.
<https://wash.unhcr.org/fr/indicateurs-et-objectifs-eha/>