

LES CENTRES DE SOINS DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS



ÉNONCÉ THÉORIQUE



2023 Berger Pauline Lucie.

Ce document est mis à disposition selon les termes de la Licence Creative Commons Attribution (CC BY <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>).

Les contenus provenant de sources externes ne sont pas soumis à la licence CC BY et leur utilisation nécessite l'autorisation de leurs auteurs.

École Polytechnique Fédérale de Lausanne

Pauline Lucie Berger

Sous la direction de :

Yves Pedrazzini - Professeur de suivi d'énoncé

Corentin Fivet - Directeur Pédagogique

André Ullal - Maître EPFL

LES CENTRES DE SOINS DANS LES CAMPS DE RÉFUGIÉS

Le cas du camp de Dadaab

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières

LES RÉFUGIÉS DANS LE MONDE	9	Les traitements	122
L'Organisation des Nations Unies	13	Les défis	123
L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés	15	La propagation des maladies	124
L'évolution des nombre de réfugiés dans le monde	17	La question des femmes	126
Les réfugiés dans le monde	19	La santé mentale	127
Les exils	21	La pérennisation	128
LES CAMPS DE RÉFUGIÉS	27	LES SOINS À DADAAB	133
Les camps	29	Le domaine médical à Dadaab	134
La structure	31	Les infrastructures	136
Les infrastructures	32	Les infrastructures à Ifo	139
L'établissement	35	Les infrastructures à Dagahaley	141
Le rôle de l'architecture	40	Les infrastructures à Hagadera	143
L'architecture des camps	41	ALTERNATIVES	147
L'AFRIQUE	47	Les solutions	148
La corne africaine	49	Première alternative	149
Le Kenya	51	Deuxième alternative	150
Le contexte limitrophe	53	Troisième alternative	151
Les camps au Kenya	55	L'alternative choisie	152
Le camp de Dadaab	57	La réalisation	154
LES CAMPS DE DADAAB	65	L'organisation interne	155
Le camp Ifo	67	CONCLUSION	163
Le camp Dagahaley	83	Remerciements	167
Le camp Hagadera	99	RÉFÉRENCES	169
Les systèmes de soins	117	Bibliographie	170
Les soins dans les camps	120	Iconographie	176

LES RÉFUGIÉS DANS LE MONDE



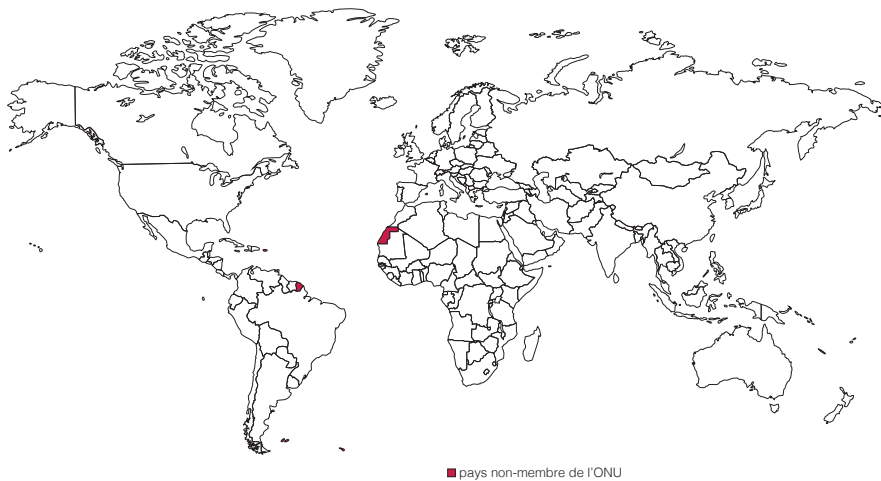
Depuis toujours, que ce soit volontairement ou de force, nombre de personnes quittent leur foyer. Les exils massifs sont principalement dus aux persécutions, à la violence ou à des conditions de vie difficiles.

Les premiers déplacements de populations remontent à fort longtemps, et ne posaient pas les mêmes problèmes qu'aujourd'hui aux pays hôtes. Les réfugiés, comme nous les appelons maintenant, étaient accueillis positivement et les conditions actuelles, visas et passeports¹, n'existaient pas, ce qui facilitait les déplacements. Cette situation n'était d'ailleurs pas vue d'un mauvais œil, au contraire, «[l']immigration était souvent perçue comme économiquement bénéfique pour le nouveau pays d'accueil^{2»3}. Une fois arrivées, les personnes n'étaient pas concentrées dans des camps comme il est de rigueur maintenant. Elles s'assimilaient à la population locale et entraient dans le circuit économique, comme c'est toujours le cas en Allemagne.

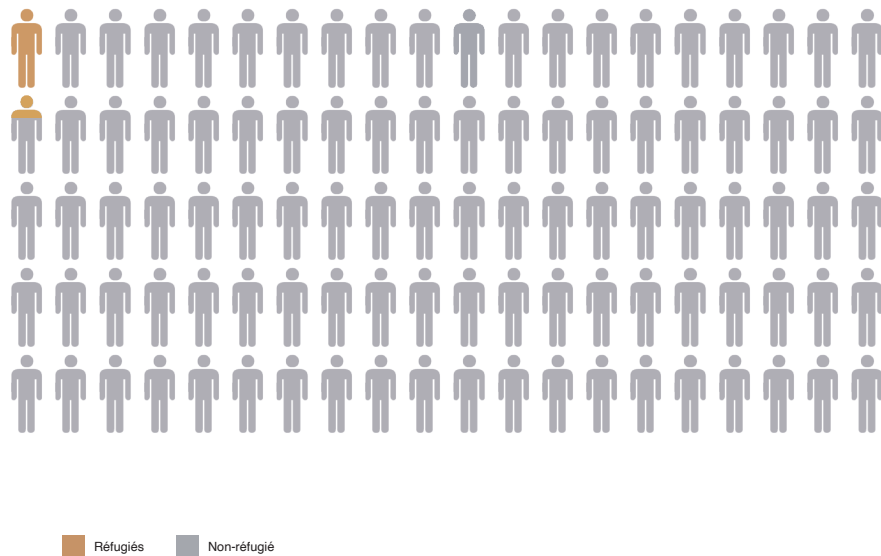
Le nationalisme a eu raison de cette intégration des réfugiés. En forte hausse, il a rendu les pays plus exigeants et restrictifs. Arriver dans un pays et entrer dans son système économique et son mode de vie est devenu de plus en plus compliqué.

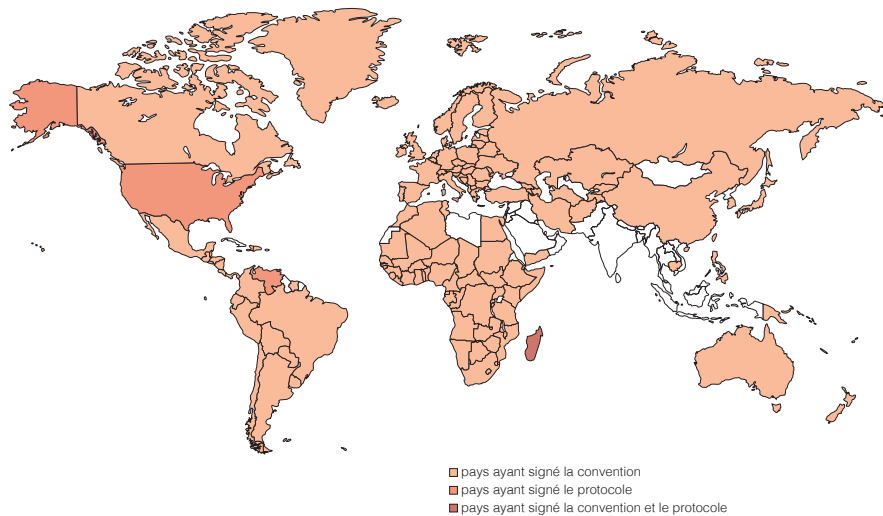
Cependant, ces exils n'ont pas diminué pour autant. Un nombre important de personnes continuant à fuir des conflits de plus en plus violents ou des conditions de vie inégales entre les différentes parties du monde oblige les pays d'accueil à créer des camps pour les accueillir.

L'Organisation des Nations Unies



Après la Première Guerre mondiale, et pour préserver la paix en Europe, la Société des Nations - SDN - est créée. Elle est ensuite dissoute pour devenir l'Organisation des Nations Unies - ONU - en 1945, après la Deuxième Guerre mondiale. Elle œuvre sur différents fronts, et, forte de ses 193 États membres, est «le principal forum mondial où les pays peuvent soulever des questions, discuter des problèmes les plus complexes et y apporter une réponse commune»⁴. Les déplacements de populations sont un des sujets dont traite l'ONU. Ce domaine d'action est celui relatif aux personnes ayant dû fuir leur foyer, souvent résumés sous le terme «réfugiés». L'organe responsable est l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés, - UNHCR -, ou Haut Commissariat pour les réfugiés - HCR - qui vient en aide à 104,5 millions de personnes à travers le monde mi-2022⁵, soit approximativement 1,3% de la population mondiale.



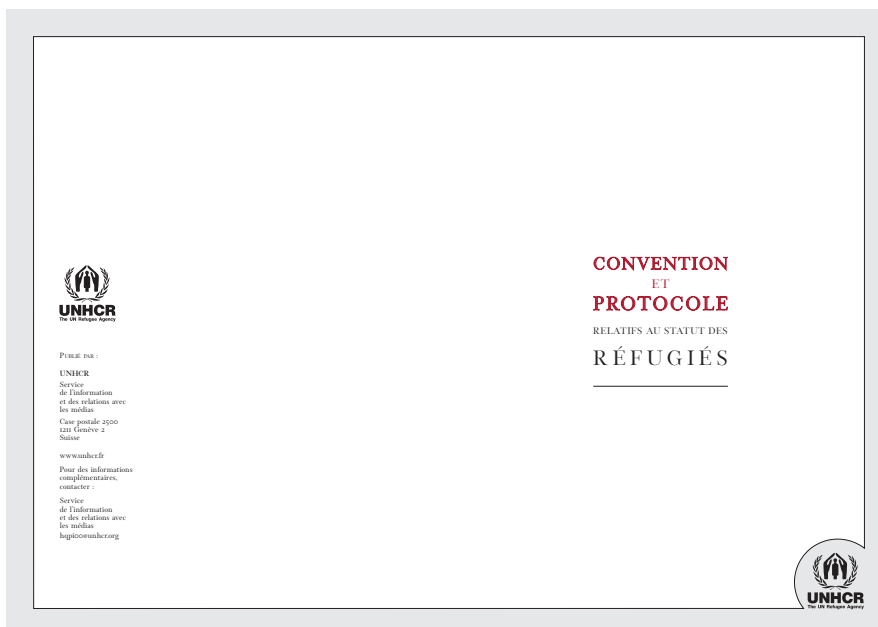


L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés

En 1950, le UNHCR remplace l'Organisation Internationale pour les réfugiés - IRO - créée en 1946 et qui avait pour mission de répondre à la problématique des réfugiés de la Deuxième Guerre mondiale.

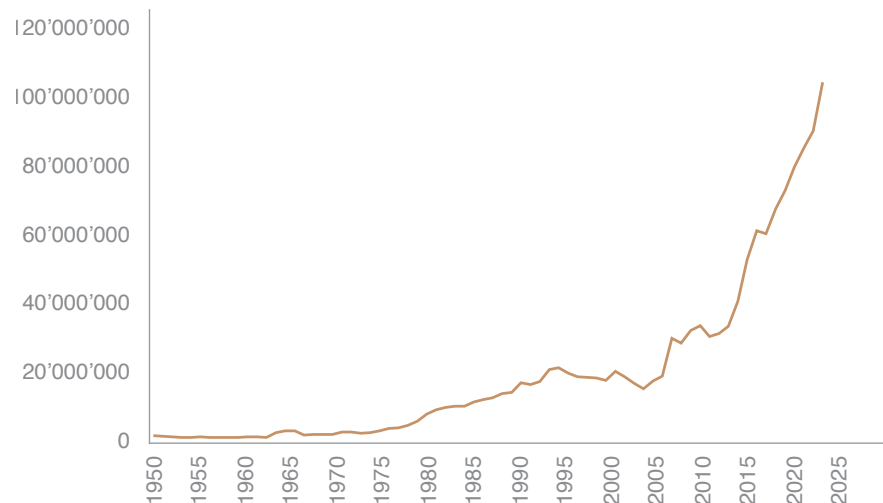
Le UNHCR a pour but de «protéger les droits fondamentaux et le bien être des personnes qui ont été contraintes de fuir»⁶. Il vient en aide à différentes catégories de personnes, toutes ayant dû quitter leur foyer, mais pas forcément leur pays, « que ceux-ci soient réfugiés, déplacés internes, apatrides, demandeurs d'asile ou rapatriés »⁷.

Le fondement de l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés est une convention datant de 1951 approuvée par 145 États. En 1966, elle devient *Convention et Protocole relatifs au statut des réfugiés*, qui se base sur la convention de Genève de 1949. Ce document «définit le terme «réfugié» et énonce les droits des personnes déracinées, ainsi que les obligations juridiques des États pour assurer leur protection.»⁸ Cette convention est toujours d'actualité et doit être respectée, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas, certains États ne tenant pas compte de nombreux principes qui y sont posés.



L'évolution des nombre de réfugiés dans le monde

évolution du nombre de personnes déplacées de force dans le monde entre 1951 et 2022

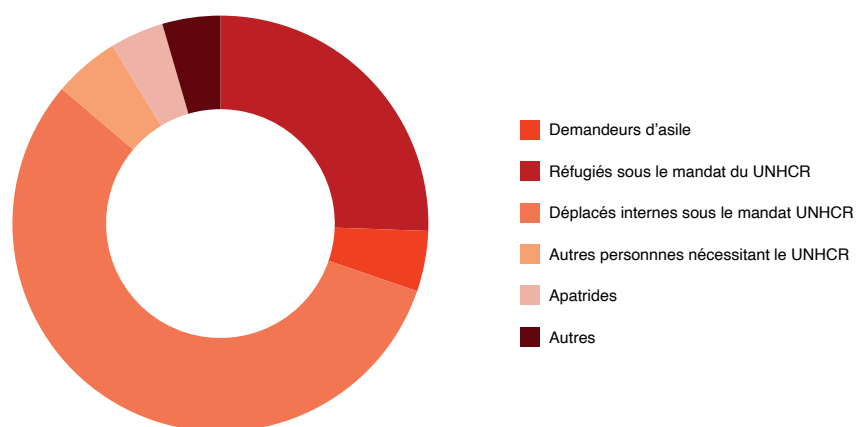


Depuis 1991, soit 40 ans après la création du HCR, le nombre de personnes déplacées de force dans le monde n'est jamais repassé en-dessous de la barre des 30 millions⁹. Entre 1991 et 1994, n'a connu que quelques fluctuations entre 42,69 millions et 33,91 millions de personnes, avant de diminuer jusqu'en 1997¹⁰.

Depuis 2011, le nombre de personnes contraintes à fuir leur pays ne cesse d'augmenter. En 2020, plus de 85 millions de personnes ont quitté leur foyer¹¹. En 2021, ce nombre s'élevait à plus de 90 millions¹², soit une augmentation de presque 6,7 millions. Entre fin 2021 et octobre 2022, soit environ dix mois, l'augmentation du nombre de personnes déplacées de force a presque doublé, dépassant la barre significative des 100 millions de personnes. Le UNHCR dénombrait 103 millions de personnes forcées à fuir au 27 octobre 2022¹³.

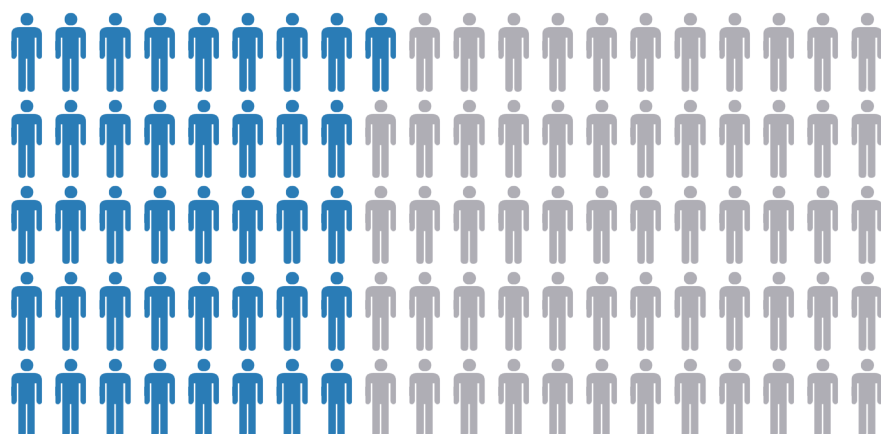
Cette forte augmentation est due à plusieurs facteurs, dont la guerre russo-ukrainienne qui a pris une tournure extrêmement violente à la suite de l'offensive russe en février 2022 dont le but d'envahir l'Ukraine. Elle est considérée comme «la crise de déplacement forcé la plus rapide et l'une des plus importantes depuis la Seconde Guerre mondiale»¹⁴. Ce n'est pas uniquement ce conflit qui est responsable du dépassement des 100 millions de personnes déplacées de force dans le monde. En effet la Banque mondiale estime que ce sont plus d'une vingtaine de pays qui ont connu des contextes de violence plus ou moins élevée.¹⁵ C'est le cas de l'Afghanistan, du Myanmar, de l'Érythrée ou encore du Burkina Faso. L'inflation, les pénuries alimentaires et la crise climatique sont également responsables de ces déplacements.¹⁶

Les réfugiés dans le monde



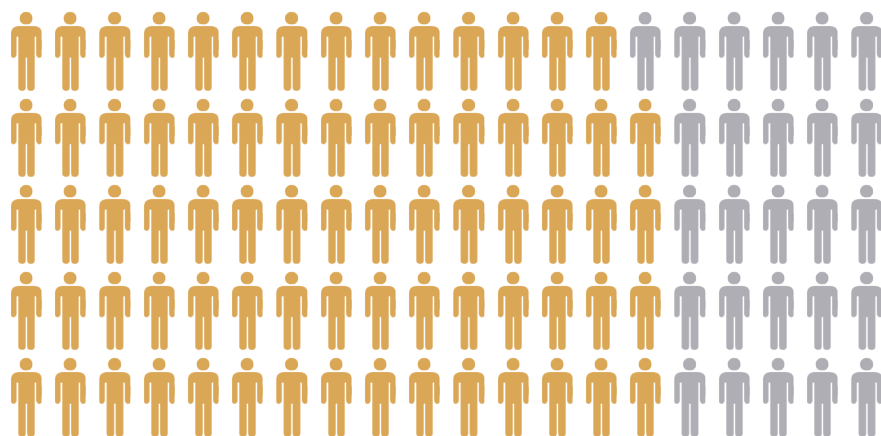
En 2022, le HCR est venu en aide à 104'319'223 personnes¹⁷. Parmi celles-ci, 26'664'700 personnes sous son mandat, 4'910'889 demandeurs d'asile, 58'353'037 de déplacés interne ainsi que 4'345'302 apatrides. Il s'occupe également des rapatriés, à savoir 4'345'302 déplacés internes rapatriés et 162'266 personnes ayant regagné leur pays d'origine. Le HCR a également la charge de 4'704'226 personnes pour d'autres raisons.

En 2021*, 90'233'738 personnes ont bénéficié de l'aide du UNHCR¹⁸. On comptait 41% de mineurs dans les personnes déracinées.¹⁹ Contraints de fuir, les individus ne choisissent pas leurs conditions de vie : de nombreuses femmes enceintes contraintes de partir donnent naissance à des enfants qui, dans certains cas, ne connaîtront rien d'autre que l'exil forcé. Le HCR estime que le nombre d'enfants nés en tant que réfugiés s'élevait à 1,5 millions en 2022²⁰. Entre 2018 et 2021, 350'000 à 400'000 enfants par année auraient vu le jour dans un contexte d'exil, le nombre de nouvelles générations de réfugiés continuant à augmenter²¹. Il arrive aussi qu'une génération soit contrainte de fuir son pays d'accueil pour un autre.



■ Réfugiés de moins de 18 ans ■ Réfugiés de plus de 18 ans

* Les statistiques pour 2022 sont de milieu d'année et pas toujours complètes, il faut donc faire avec celles de 2021.



■ Réfugiés de Syrie, Venezuela, Ukraine, Afghanistan, Sud Soudan ■ Réfugiés des autres pays



■ Réfugiés accueillis en Turquie, Colombie, Ouganda, Pakistan, Allemagne ■ Réfugiés accueillis dans d'autres pays

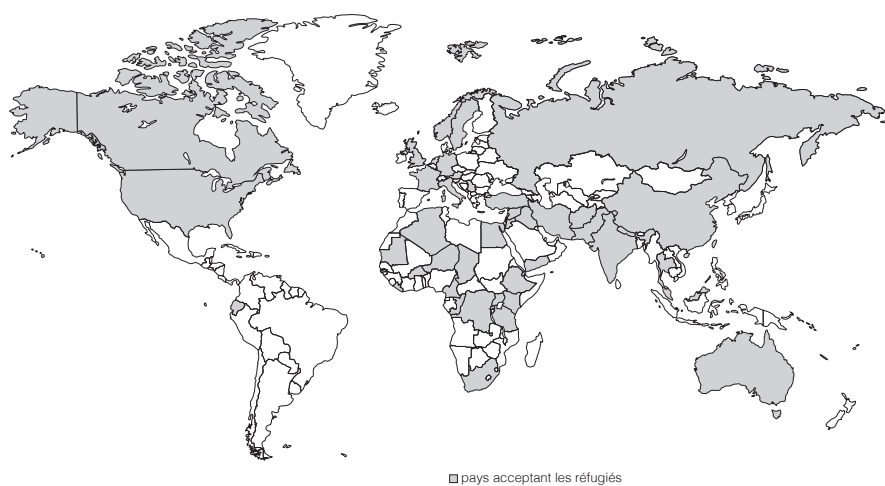
Les exils

Il existe de nombreuses raisons pour lesquelles des personnes sont forcées à quitter leur foyer. L'insécurité et les catastrophes naturelles sont souvent les causes premières. Ces déplacements de populations ont lieu de tous les pays vers tous les pays. Toutefois, 72% des réfugiés sous le mandat du HCR sont issus de cinq pays, à savoir la Syrie, le Venezuela, l'Ukraine, l'Afghanistan et le Sud Soudan.²² Un peu plus d'un tiers - 36% - des réfugiés sont accueillis dans cinq pays seulement, soient la Turquie, la Colombie, l'Ouganda, le Pakistan et l'Allemagne.²³

D'après les statistiques 2022 du HCR, une majorité - 69% - de personne a fui dans un pays limitrophe à leur pays d'origine.²⁴ Il est plus facile en fuyant son pays de se rendre dans le pays le plus proche. Cependant, ceux-ci sont souvent pauvres et, n'ayant déjà pas les moyens de répondre aux besoins de leur propre population, limitent l'aide qu'ils peuvent offrir.

Il y aurait 4,3 millions de personnes apatrides mi-2022. Ces personnes seraient réparties dans 95 pays, mais il est fort probable que ce nombre soit plus élevé.²⁵

En 2015, le HCR fait état d'une majorité de pays refusant l'accueil des réfugiés. Seuls 48 pays ouvriraient leur porte contre 147.²⁶ A l'échelle du monde, la surface que représentent ces pays acceptant des réfugiés semble bien supérieure à celle de ceux les refusent. Toutefois, de nombreuses zones arides et / ou sans ressources, telles que la Sibérie ou le Sahara, les rendent défavorables à l'accueil de populations. Il paraît inconcevable de proposer aux réfugiés de s'établir dans ces régions, souvent très peu peuplées par les indigènes et aux ressources limitées. On ne pourrait proposer à des Sud Soudanais en exil de s'établir en plein cœur de l'Alaska ou du Sahara !



Notes

- 1 Manuel Herz. *From Camp to City, Refugee Camps of the Western Sahara*, 36.
- 2 *Traduction*, 29.12.22 “The right to asylum was commonly recognized, and movement from country to country did not require passports or visas. Immigration was frequently even seen as economically beneficial to the new host country”
- 3 Manuel Herz. *From Camp to City, Refugee Camps of the Western Sahara*, 36.
- 4 Nations Unies. <https://www.un.org/fr/about-us>
- 5 Nations Unies. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/insights/explainers/forcibly-displaced-pocs.html>
- 6 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/qui-nous-aidons.html>
- 7 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/dach/ch-fr/en-bref/mandat>
- 8 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/convention-1951-relative-statut-refugies.html>
- 9 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>
- 10 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>
- 11 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=xi9O7B>
- 12 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>
- 13 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 14 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2022/6/62a9e94fa/chiffres-deplacement->

- [force-monde-atteignent-nouveau-record-confirment-tendance.html](https://www.unhcr.org/fr/news/press/2022/6/62a9e94fa/chiffres-deplacement-force-monde-atteignent-nouveau-record-confirment-tendance.html)
- 15 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2022/6/62a9e94fa/chiffres-deplacement-force-monde-atteignent-nouveau-record-confirment-tendance.html>
- 16 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/news/press/2022/6/62a9e94fa/chiffres-deplacement-force-monde-atteignent-nouveau-record-confirment-tendance.html>
- 17 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=Il2N5r>
- 18 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=4db2aB>
- 19 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/apercu-statistique.html>
- 20 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 21 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 22 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 23 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 24 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 25 L’Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>
- 26 Peter Jay Zweig et Gail Peter Borden. *City of Refugees : A Real Utopia*. 60-61.
- 27 Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d’urgence*. 149.

LES CAMPS DE RÉFUGIÉS

Les camps



Ces déplacements de populations vers d'autres pays, ou en leur au sein, nécessitent des infrastructures d'accueil. Pour ce faire, des camps sont mis en place dans les zones les plus affectées par des arrivées souvent massives et consécutives à une crise. Or ceux-ci ne peuvent être établis n'importe où. Leur emplacement est décidé en commun avec les autorités de la région ou du pays hôte et doivent se trouver sur un terrain sécurisé, tant humainement que géographiquement, avec un accès aux ressources de base.

Les camps destinés à l'accueil et installés dans le pays en crise, ou dans un autre pays souvent limitrophe, ont pour but de protéger et subvenir aux besoins des réfugiés de façon temporaire, dans l'attente d'une résolution de la crise permettant à ceux-ci de regagner leur pays. Ils sont mis en place par le HCR en collaboration avec d'autres organisations gouvernementales et non-gouvernementales, et les autorités.

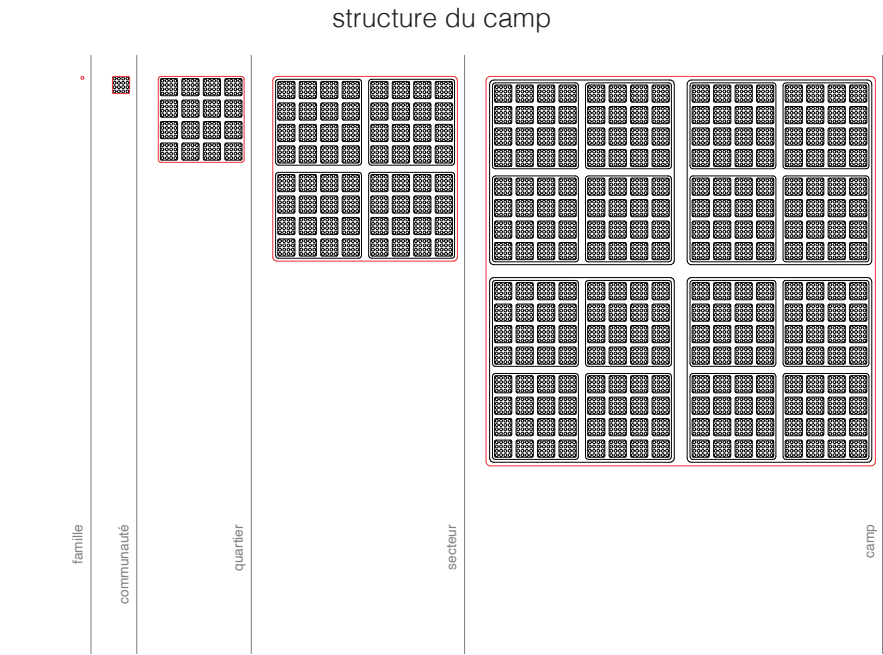
La structure

MODULE	COMPOSITION	NOMBRE DE PERSONNES
famille	1 famille	4 -6 personnes
communauté	16 familles	80 personnes
bloc	16 communautés	1'250 personnes
secteur	4 blocs	5'000 personnes
camp	4 secteurs	20'000 personnes

L'implantation et la superficie d'un camp sont décidés en accord avec la région et le pays hôte. Celui-ci ne peut s'étendre en empiétant sur un territoire qui ne lui a pas été accordé au préalable, malgré une forte demande. Il en découle que de nombreuses personnes réfugiées s'installent d'elles-mêmes dans les périphéries des camps, causant de nombreux problèmes sanitaires, sécuritaires et environnementaux.

La taille des camps varie en fonction des situations; en revanche, leur structure est similaire, soit une organisation modulaire selon une grille orthogonale, composée de secteurs, qui sont eux-mêmes divisés en quartiers, en communautés et en familles. Une famille comporte 4 à 6 personnes, une communauté 16 familles, soit 80 personnes, un bloc 16 communautés, soit 1'250 personnes, et un camp de 4 blocs pour un total de 20'000 personnes.²⁷ Ce quota représente le nombre «idéal» de réfugiés que devrait accueillir un camp. Il est cependant courant que le nombre d'occupants soit largement dépassé lors de grandes crises.

Ces camps sont planifiés pour éviter les éventuels problèmes auxquels ils pourraient faire face, comme des incendies ou des foyers infectieux de maladies facilement transmissibles. Les espaces de circulation sont définis pour permettre les déplacements indispensables à la gestion interne. A l'image de certains bidonvilles, l'installation illicite de personnes engendre une surpopulation et une sur-utilisation des espaces, créant des problèmes sanitaires et sécuritaires.



Les infrastructures

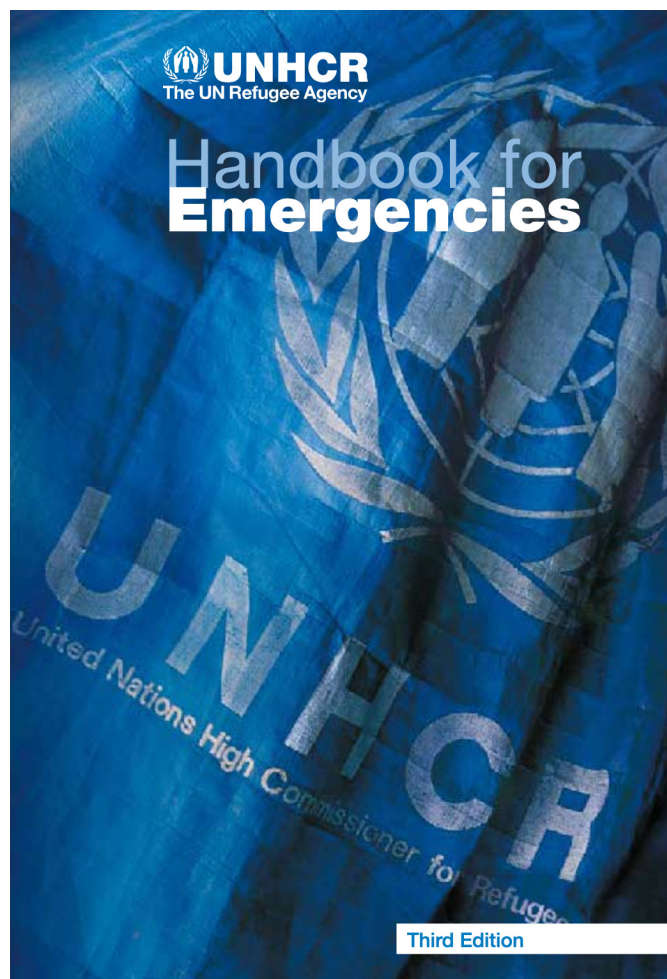
Les camps doivent assurer à tous un accès aux services et ressources indispensables et sont organisés comme de petites villes, comprenant tout ce qui est nécessaire pour y vivre «normalement», un camp s'inscrivant souvent dans la durée. On y trouve écoles, hôpitaux, postes de police, marchés ou encore cimetières. Leur planification est assumée par des architectes et urbanistes dépendant d'organisations gouvernementales ou non-gouvernementales.

Conçus pour être éphémères, comme les structures qui s'y trouvent, les camps tendent à se pérenniser, faute de résolution de certaines crises. Bien que cette situation s'avère de plus en plus fréquente, elle ne change pas pour autant la façon d'établir les camps, la volonté des organisations gouvernementales et non-gouvernementales étant toujours de les voir se fermer et les réfugiés regagner le pays qu'ils ont fui. Un camp n'est jamais et ne sera jamais une solution à long terme, mais certaines crises durables obligent à trouver d'autres solutions.

Lorsque les camps restent ouverts plus longtemps que prévu, les infrastructures deviennent obsolètes et se voient accueillir un nombre toujours plus élevé de personnes. Les infrastructures plus dégradées sont parfois remplacées, mais cela n'est pas toujours le cas. D'autres installations, faute d'alternatives, finissent par répondre à des fonctions auxquelles elles n'étaient pas destinées à l'origine.

Relevant de la situation d'urgence, leur but de ces camps est de pouvoir accueillir un maximum de personnes en un minimum de temps, et être opérationnelles dès l'arrivée des premiers réfugiés. Pour cette raison, les différents éléments du camp doivent être mis en place rapidement, ce qui les rend forcément provisoires et peu résistants, mais cependant efficaces. La construction en dur

s'adressant en priorité aux différents services, tels que sanitaires, administratifs ou sécuritaire, la population doit se contenter de vivre sous des tentes souvent fournies par le HCR ; ces tentes ne sont pas fréquemment renouvelées, malgré une dégradation de nombre d'entre elles.



L'établissement

Lors d'une situation de crise pour laquelle le UNHCR est impliqué, les équipes doivent pouvoir intervenir et apporter des solutions dans les 72 heures suivant l'urgence.²⁸ Dans un premier temps, en accord avec les autorités, elles se cordonnent pour garantir un lieu sécurisé, un *safe human space*, principalement sous forme de camp. Celui-ci est régi selon des principes édictés par le HCR. Lorsque celui-ci est établi, il doit tenir compte non seulement des populations accueillies, mais également des populations accueillantes. Les réfugiés et populations hôtes doivent être sur un même pied d'égalité dans tous les domaines, afin d'éviter tout conflit. Les réfugiés doivent avoir accès à l'économie et aux infrastructures à disposition de la population locale, ils ne doivent pas être mis à l'écart.

Dans de telles situations, le temps est précieux et il est primordial d'être efficace. Un manuel établi par le UNHCR permet une mise en action rapide. Les expériences ultérieures découlant de la gestion de camps permettent à l'Agence d'en assurer le bon fonctionnement, du moins dans les grandes lignes.

Tous ces principes et ces règles figurent dans un livre de plus de 600 pages publié par le UNHCR, le *Handbook for Emergencies*, édité depuis 1982²⁹, qui permet aux architectes et autres planificateurs d'agir dans l'urgence, certains aspects de cette planification pouvant être réfléchis dans un second temps, et évitant de longues réflexions. La variable à apporter aux données du manuel du UNHCR est le nombre de personnes, idéalement 20'000, que le camp va accueillir, nombre qui aura une incidence sur la quantité d'infrastructures et d'espaces nécessaires.

Le *Handbook for Emergencies* propose différents tableaux pour faciliter ces tâches.

NORME	MESURE ACCEPTABLE	MESURE INACCEPTABLE	MESURE FONDAMENTALE
45	≥ 35	34 - 30	≤ 29

1 latrine	1 famille
1 robinet à eau	1 communauté
1 centre de santé	1 camp
1 hôpital	jusqu'à 200'000 personnes
1 école	1 secteur
4 sites distribution	1 camp
1 marché	1 camp
2 bennes à ordures	1 communauté

Les camps sont conçus à l'image de villes, avec les services dont une population peut avoir besoin. Ils se trouvent proches de villes ou villages de petites tailles, mais rarement de grandes villes. Ils sont implantés dans des zones naturelles et leur établissement se doit de les respecter. On ne peut faire fi du territoire sur lequel le camp est installé, l'environnement apportant une ressource primordiale. Le maintien d'arbres ou la sauvegarde des cours d'eau sont essentiels pour répondre aux besoins de la population.

Ces camps doivent également pouvoir faire face aux divers aléas tels que des incendies, des inondations, des contaminations massives, des scènes de violence ou des affrontements.

Tous les services doivent être disponibles à des distances adéquates. Les infrastructures telles que toilettes, points d'eau, centres de soins, écoles et autres lieux de distribution de nourriture sont des éléments essentiels et ne doivent pas nécessiter de grandes distances à parcourir pour les réfugiés. Plus ces distances sont réduites, plus la sécurité est assurée, diminuant les risques d'agression, notamment envers les femmes, enfants et autres minorités.

Le guide du UNHCR quantifie tout, et ce en fonction du nombre de personnes. Les espaces de circulation varient selon la densité du camp, ils doivent permettre une meilleure qualité de vie, un respect de l'intimité et de la dignité de chacun, ainsi qu'une meilleure hygiène. Les organisations essayent, dans les camps souvent surpeuplés, d'offrir des espaces libres de circulation ou de loisirs, rendant la vie la plus agréable et normale possible. Une bonne organisation permettra aux réfugiés qui ont traversé des étapes difficiles de se reposer et, une fois la situation stabilisée, d'envisager un retour éventuel dans leur pays.

Le HCR préconise un minimum « de 45 m² par personne, comprenant un espace ambiant pour le jardinage »³⁰, dont deux-tiers

sont dédiés aux circulations et infrastructures collectives. Dans bien des cas, cette norme n'est pas respectée. Le seuil d'acceptabilité se situe à 35 mètres carrés ou plus, entre 30 et 34 mètres carrés ce n'est pas acceptable, et la limite inférieure est placée à 29 mètres carrés.³¹

Ce système à ses avantages, comme la rapidité et l'efficacité de mise en action, mais également ses inconvénients. En se référant à une marche à suivre qui n'est pas propre à chaque situation, mais établie d'office, les camps finissent par se ressembler, de la disposition des différents services à l'habitat lui-même. Les seuls éléments variant dépendent du climat local. Un camp situé en zone humide n'aura pas le même type d'abris que celui établi dans un pays plus sec ou froid.

Le UNHCR, de pair avec d'autres organisations, met en place les abris pour les réfugiés pour un accueil temporaire souvent sous forme de tentes. En cas de pérennisation, ces tentes sont parfois remplacées par des installations alternatives semi-permanentes, plus durables. Même après des décennies, certains camps connaissent toujours les tentes d'origine, souvent dans un état déplorable depuis de nombreuses années. Leurs habitants sont alors obligés de les réparer ou de les reconstruire de façon plus pérenne, mais souvent à leurs frais. Dans ce but, différents services, notamment des marchés, sont mis en place et permettant aux intéressés de travailler pour gagner un peu d'argent.

Lorsque le HCR décide de construire des infrastructures plus permanentes, il doit prendre en compte la population indigène, les façons de construire locales et les matériaux de construction à disposition. Il n'est pas toujours possible d'avoir à disposition tous les matériaux et techniques que nous connaissons et qui sont disponibles Occident.

Dans les pays en crise ne trouvant pas de solution, il est fréquent

que les situations obligent les camps à se pérenniser. Les réfugiés y passent de nombreuses années, ce qui entraîne l'apparition de nouvelles générations. Dans un contexte de vie «normale», ils se marient, ont des enfants, travaillent, ce qui pose le problème du retour «chez soi», ces personnes n'ayant connu que la vie du camp. Ce «chez soi» n'est plus logiquement leur pays d'origine, bien qu'ils puissent y rester attachés par leurs racines. L'appartenance est un sujet délicat qui apparaît dans les camps établis depuis de longues années.

Le UNHCR publie, de façon plus ou moins régulière, des documents intitulés *Camp Profile*, accessibles à tous, qui recensent les informations importantes relatives aux camps. Ces documents sont une des bases principales de ce travail.

Le rôle de l'architecture

L'architecture constitue un vaste domaine et n'est pas, à proprement parlé, définie, ses visions sont plurielles. Son but, depuis ses origines, soit la cabane primitive, a la fonction de protéger, d'abriter. Les camps de réfugiés relèvent pleinement de l'architecture, dont la vocation est entièrement à son image.

L'architecture ne s'arrête pas au simple fait de construire. Elle est un processus qui peut être plus ou moins long et qui compte de nombreuses disciplines. Même si les architectes collaborent avec de nombreux autres corps de métiers, tous les détails d'une construction peuvent être pensés et réfléchis par les architectes.

Elle permet également de s'approprier des espaces et de les rendre attrayants. Toutes les décisions architecturales ont une signification, un sens, un but qui est propre à chaque intervention. Elle a le pouvoir de s'impliquer dans toutes les situations et dans tous les contextes. Elle couvre tous types de réalisations, de la simple habitation aux immeubles, villes, camps, et peuvent être permanentes comme temporaires.

L'architecture n'est pas uniquement une manufacture humaine, la nature peut également être architecte, elle façonne nombre de paysages comme l'humain le fait pour des villes.

L'architecture des camps

L'architecture est la base des camps et s'implique dès le moment où celui-ci doit être mis en place, conjointement avec les différentes organisations responsables de la nourriture, des soins ou autres services. C'est pour cette raison que les différentes organisations, dont le UNHCR, la Direction du développement et de la coopération suisse - DDC - ou encore Médecins Sans Frontières - MSF -, travaillent en collaboration avec des architectes, qui sont pour la plupart urbanistes.

La façon dont les camps sont planifiés a une influence importante sur la vie des usagers. Il est du devoir des personnes responsables de leur établissement de créer un lieu d'accueil et de réconfort. Des espaces mal proportionnés ou une densité trop forte, peuvent, par exemple, procurer un sentiment d'oppression, causes d'atteinte à la bonne santé et à l'intégrité des personnes. A l'inverse, un camp trop étalé, impliquant de nombreux espaces libres, amoindrit le sentiment de sécurité et peut engendrer des craintes. La gestion des espaces publics, notamment des voies de circulation, est un sujet sensible, une rue étroite, vide, pouvant occasionner de l'insécurité, tandis que, trop large, elle peut susciter des scènes d'émeutes ou d'affrontements.

La planification urbaine d'un espace a une incidence directe sur son fonctionnement, dans un quartier, une ville ou un camp. Très souvent planifiés sur des grilles orthogonales, ces différentes échelles offrent une similitude urbanistique. Cependant, les constructions entre elles sont différentes, ce qui permet de donner à chaque quartier ou ville une identité qui lui est propre. Le problème des camps réside dans la ressemblance très forte avec des prisons ou des camps de travail, par ses constructions répétitives, parfaitement alignées.

Cette comparaison implique également la privation de certaines libertés propres aux réfugiés. Parfois encerclés par des barrières, les sont « étanches », la volonté de cloisonner l'espace pouvant toutefois être justifiée par une protection face à un potentiel danger extérieur.

L'ensemble des infrastructures du camp doit assurer à ses occupants un sentiment de liberté et d'accueil, d'autant plus important qu'ils ont quitté des situations souvent tragiques et douloureuses. Ces infrastructures doivent, en conséquence, être accueillantes, chaleureuses et personnalisées, pour éviter que les réfugiés se sentent anonymes.

Les réfugiés doivent souvent se contenter de tentes toutes identiques et peu accueillantes, quel que soit le camp dans lequel ils se trouvent. Il ne leur est pas toujours possible d'en personnaliser l'intérieur, puisqu'ils ont fui avec un strict minimum, même si certains, avec les maigres salaires dont ils peuvent bénéficier, peuvent se permettre d'acquérir quelques objets personnels.

Les établissements communs, dessinés et construits par des personnes extérieures, présentent une diversité que n'offrent pas les abris. Les centres de soins par exemple peuvent être pensés avec une attention particulière portée sur l'aspect accueillant. Il est du devoir des architectes d'éviter que ceux-ci soient d'un abord froid, inhospitalier et impersonnel: ils doivent être au contraire être conçus pour être agréables à vivre et apporter aux utilisateurs confort et sécurité.

Les aspects intérieur et extérieur de toutes les constructions ont un fort potentiel sur le message que ces dernières veulent véhiculer, le choix des matériaux et des couleurs pouvant fortement influencer sur le ressenti de ceux qui les côtoient et les utilisent.

Cette conception est d'autant plus importante lorsqu'elle concerne les centres de soins qui accueillent des gens dont l'état physique ou mental, parfois déficient, rend plus sensibles. L'architecture de ces centres doit conduire à ce que les patients y trouvent un sentiment de sécurité, de confort et d'accueil, en veillant à la séparation des différents espaces et par conception ne permettant pas à n'importe qui d'y accéder.

Notes

28 Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*. VII.

29 Reliefweb. <https://reliefweb.int/report/world/unhcr-emergency-handbook#:~:text=Issued%20in%202015%2C%20this%20is,Emergencies%2C%20first%20published%20in%201982>.

30 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://emergency.unhcr.org/entry/45581/camp-site-planning-minimum-standards>

31 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://emergency.unhcr.org/entry/45581/camp-site-planning-minimum-standards>

32 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=sl3YpE>

L'AFRIQUE

La corne africaine



Les réfugiés issus de la corne africaine s'établissent dans les camps de plusieurs pays suite à de nombreux conflits entre gouvernement et population, ou victimes de la terreur que fait régner de petits groupes de rebelles, accompagnés de la pauvreté qui pousse toujours plus les populations à fuir leur foyer. En 2022, sur les dix pays qui en accueillent le plus grand nombre de réfugiés on compte six pays africains, la République Démocratique du Congo, l'Éthiopie, le Yémen, le Soudan, la Turquie et le Nigéria.³² L'Ukraine se trouve en troisième position, ce qui s'explique par les déplacés internes, catégorie de personnes faisant partie intégrante du dénombrement des réfugiés sous le mandat du UNHCR et parfois établis dans des camps.

Pendant plusieurs années, l'Afrique a hébergé le plus grand camp du monde, le camp de Dadaab au Kenya qui héberge des milliers de personnes depuis plusieurs décennies. Aujourd'hui, le plus grand camp du monde, Kutupalong, se trouve au Bangladesh, dans la région de Cox's Bazar. Le camp Kutupalong accueille plus de 800'000 personnes, contre un peu plus de 200'000 à Dadaab.³³



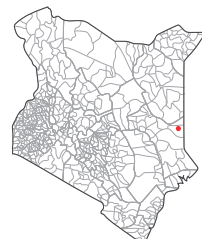
Frontières du pays



Frontières des comtés



Frontières du sous-comtés



Frontières des communes

Le Kenya

La République du Kenya est un pays d'Afrique de l'Ouest, hôte de deux camps importants, le camp de Dadaab et le camp de Kakuma. Elle partage ses frontières avec la Tanzanie, l'Ouganda, le Sud Soudan, l'Éthiopie et la Somalie, et se trouve en bordure de l'Océan Indien. Le pays, dont la capitale est Nairobi, compte une population de 47,5 millions d'habitants pour une surface de 580'367 kilomètres carrés.³⁴

Indépendante des Britanniques depuis 1963³⁵, la République du Kenya est, à l'heure actuelle, dirigée par le chef d'État William Ruto, élu depuis septembre 2022 pour cinq ans, succédant à Uhuru Kenyatta, sous qui il était vice-président. Le pouvoir est divisé en trois, à savoir le pouvoir législatif, le pouvoir exécutif et le pouvoir judiciaire. Le pouvoir législatif est géré par le gouvernement et l'Assemblée Nationale et le pouvoir exécutif par le gouvernement uniquement. Le pouvoir judiciaire, lui, est en principe indépendant.

Le pays est divisé en 47 comtés, divisés en sous-comtés et en communes. Chaque comté est dirigé par un gouverneur, et ont leur propre administration.

Au contraire de certains de ses voisins, le Kenya est un pays relativement stable. Il est même perçu comme un modèle de stabilité politique et de transition démographique en Afrique.³⁶

Les pays limitrophes, eux, sont plus instables, comme c'est notamment le cas de la Somalie. Les réfugiés qui se sont déplacés au Kenya sont majoritairement issus de pays africains voisins. Les deux principales nationalités que l'on trouve au Kenya sont les Somaliens et les Sud Soudanais.

Le contexte limitrophe

Comme partout dans le monde, les personnes ayant rejoint le Kenya en tant que réfugiés ont fui des situations de violence ou de pauvreté. C'est le cas des Somaliens et des Sud Soudanais, dont les pays subissent des guerres civiles depuis plusieurs années.

En Somalie³⁷, la guerre a débuté en 1977, sous la présidence de Siad Barre qui a instauré un climat de terreur consécutif à des violences issues du tribalisme, créant une première vague de déplacement massif. En 1991, un exil encore plus important de Somaliens, dû à l'effondrement de la présidence et de l'État, a obligé l'établissement au Kenya des camps de Dadaab et Kakuma. La Somalie connaît une grosse vague de migration, la dernière en date, de plus de 130'000 personnes en 2011, année de grande sécheresse et famine dans toute la corne africaine. Le pays est également en proie au groupe terroriste islamique Al-Shebab. Toutefois, en 2014, un accord est trouvé entre la Somalie, le Kenya et le UNHCR pour permettre aux Somaliens de retourner dans leur pays, permettant ainsi à 86'708 personnes de regagner volontairement leur patrie entre décembre 2014 et avril 2022.³⁸

Au Sud Soudan, la situation n'est pas plus réjouissante. Depuis son indépendance du Soudan en 2011, le pays connaît une guerre civile entre ethnies, opposant principalement les Dinka et les Nuer. Les affrontements ont commencé lorsque le président, Salva Kiir, et le vice-président, Reik Machar, respectivement issus des tribus Dinka et Nuer, se sont affrontés après avoir lutté conjointement pour la libération du pays. Ce conflit, de pair avec la pauvreté, force les Sud Soudanais à fuir.

La République Démocratique du Congo est aussi frappée par le terrorisme. De nombreux groupes islamistes commettent régulièrement des attentats, poussant ainsi la population à fuir.



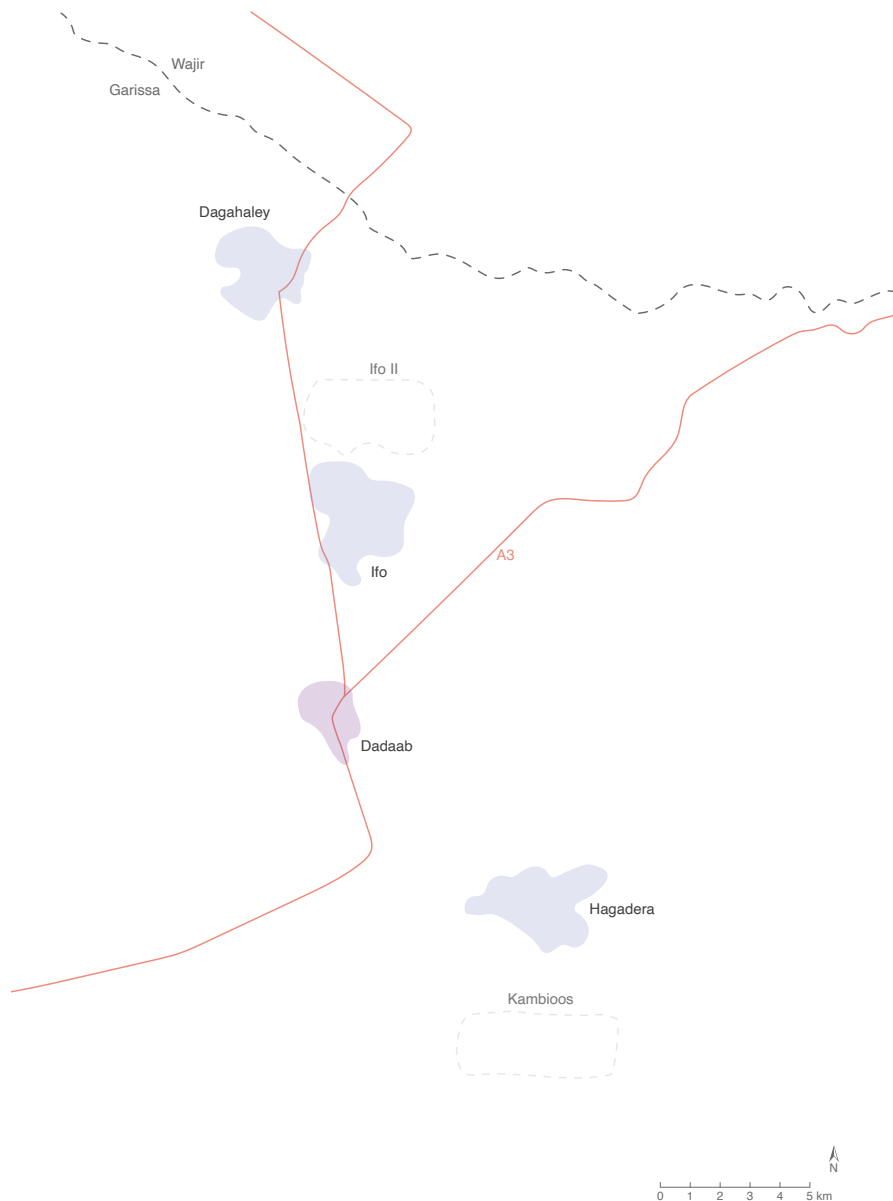


Les camps au Kenya

Les réfugiés sont principalement accueillis dans deux camps au Kenya, pays qui comptait, fin octobre 2022, 568'325 réfugiés et demandeurs d'asile.³⁹ La majorité de ces 500'988 réfugiés, soit 55,8%⁴⁰, viennent de Somalie. Sur 67'337 demandeurs d'asile, 31%⁴¹ sont originaires de la République Démocratique du Congo. Ces personnes sont installées dans trois comtés du Kenya, celui de Turkana, de Garissa et de Nairobi. Les camps de Dadaab, à Garissa, et de Kakuma, à Turkana, ont été établis au début des années 1990 pour faire face à un afflux de plus en plus important, ce qui explique que les deux camps sont situés près de la frontière kenyo-somalienne.

Dans le comté de Garissa, où est établi le camp de Dadaab, une personne sur quatre est réfugiée. Il en est presque de même pour le comté de Turkana, où se trouve le camp de Kakuma. Les camps prennent les noms des villes proches desquelles ils s'installent, comme c'est le cas pour Dadaab et Kakuma.

Le camp de Dadaab



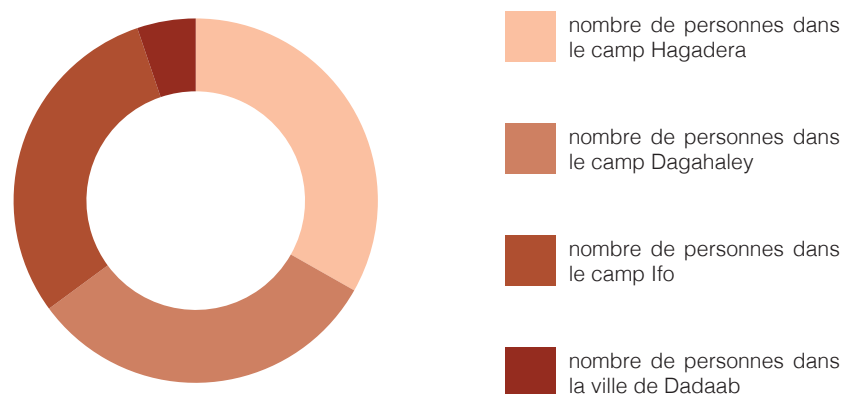
Le complexe de Dadaab est constitué de trois camps, Ifo, Hagadera et Dagahaley. Pour faire face au nombre toujours plus important de personnes arrivant dans ces camps, Ifo II et Kambioos ont été ouverts en 2011, mais sont maintenant fermés. Il a même été prévu d'ouvrir un camp Ifo III, mais cela ne s'est finalement pas réalisé.

Dadaab a longtemps été le plus grand camp du monde, comptant en majorité - 96,7%⁴² - des Somaliens. Les autres nationalités présentes sont principalement celles de pays limitrophes du Kenya.

Les trois camps du complexe de Dadaab se trouvent à quelques kilomètres les uns des autres. Ils communiquent entre eux par deux routes principales, dont l'autoroute A3, qui relie la Somalie à Nairobi, ce qui explique l'installation du camp à cet emplacement, proche de la frontière kenyo-somalienne.

Comme la ville de Dadaab, chaque camp bénéficie de ses propres infrastructures, car ce ne sont pas les mêmes organisations qui interviennent, les trois camps et la ville étant indépendants les uns des autres. La population de la ville de Dadaab est nettement inférieure à celle des camps, le camp de Hagadera comptant le plus grand nombre de réfugiés.

En 2000, après dix ans d'existence, les camps avaient presque triplé de taille, les installations peinant à faire face à cette importante croissance. Les services étant surchargés, la nourriture, l'eau et les infrastructures sanitaires ne pouvaient suivre, leur accès était restreint, engendrant une série de problèmes, dont celui de la malnutrition et de la propagation de maladies. Cette situation s'est aggravée avec la sécheresse qui a touché la corne africaine en 2011, nécessitant l'ouverture de nouveaux camps et centres de



nutrition thérapeutiques.

A l'instar de nombreux autres camps dans le monde, celui de Dadaab a fini par se pérenniser, ayant ouvert ses portes depuis plus de trente ans aujourd'hui. A plusieurs reprises, le gouvernement kényan a menacé de fermer l'ensemble des camps. En 2016, la demande de fermeture de Dadaab a été faite, mais contestée par Médecins Sans Frontières qui souligne le manque de solutions durables pour les réfugiés si le camp venait à fermer définitivement. Son démantèlement sera finalement stoppé en 2017 par la Haute Cour du Kenya. Le gouvernement insiste en réitérant une demande de fermeture en 2017, mais rien n'est fait et le camp reste opérationnel. En 2021, le gouvernement kényan demande au HCR d'établir un calendrier exigeant une fermeture du camp dans les six mois. Ce dernier, qui aurait dû avoir fermé ses portes le 30 juin 2022, semble être toujours en activité en décembre 2022. Cette troisième⁴³ demande concerne également le camp de Kakuma.

Le HCR a alors établi une feuille de route en vue de la fermeture du camp, ne prévoyant la réinstallation qu'un faible nombre de réfugiés. D'après Médecins Sans Frontières, la plupart des pensionnaires n'envisagent que deux options après sa fermeture, soit s'établir au Kenya, soit s'établir vers un autre pays.⁴⁴ Dans ces situations, la question de l'appartenance à un pays devient essentielle quant au « rentrer chez soi ». Il est difficile et délicat de déterminer si ces personnes se sentent plus intégrées dans le pays qui les a accueillis ou leur pays d'origine abandonné par leurs parents et / ou grands-parents.

Le motif principal invoqué pour la fermeture du camp est celui de la sécurité, le gouvernement kényan ayant enregistré une hausse de la violence et d'attaques terroristes, notamment du groupe islamiste Al-Shebab, dans et hors des camps. Ce groupe terroriste islamiste est originaire de Somalie, ce qui pousse le Kenya à accuser les camps accueillant des milliers de Somaliens d'en être la source.



Ils les tiennent responsables du transit de terroristes. Il n'est pas impossible qu'ils enrôlent certains occupants du camp, notamment les plus démunis, à qui ils font miroiter un avenir meilleur.

Les problèmes de sécurité ne sont pas seulement un argument que le gouvernement kényan avance mais une réalité, autant pour les populations hôtes que pour les organisations sur place. En 2011, deux personnes travaillant pour Médecins Sans Frontières ont été enlevées, ce qui a poussé l'organisation à retirer, en 2013, tout son personnel présent en Somalie.⁴⁵ En 2012, pour les mêmes motifs, Médecins Sans Frontières a quitté le camp de Dadaab en urgence, alors qu'elle était en train de projeter la construction d'un nouvel hôpital dans le camp Ifo II⁴⁶. Comme l'explique Paul Cabrera de MSF Barcelone⁴⁷, ce projet, son concept et sa réalisation ont dû être transférés à une autre organisation restant sur place, bien que MSF l'ait établi avec l'accord du gouvernement et des autres organisations responsables, de 2010 à 2013.

Depuis 2015, le gouvernement a cessé d'enregistrer les nouveaux arrivants.⁴⁸ Cette décision pose non seulement un problème de recensement des personnes, mais aussi leur accès à certaines prestations. Bien que les services de soins assumés par MSF restent accessibles à tous, les vêtements ou abris ne le sont pas. Pour pallier ce problème, le UNHCR a mené une campagne de recensement début 2022, qui a fait état d'environ 45'000 personnes non-enregistrées, dont 11'000 depuis le début de l'année uniquement.⁴⁹

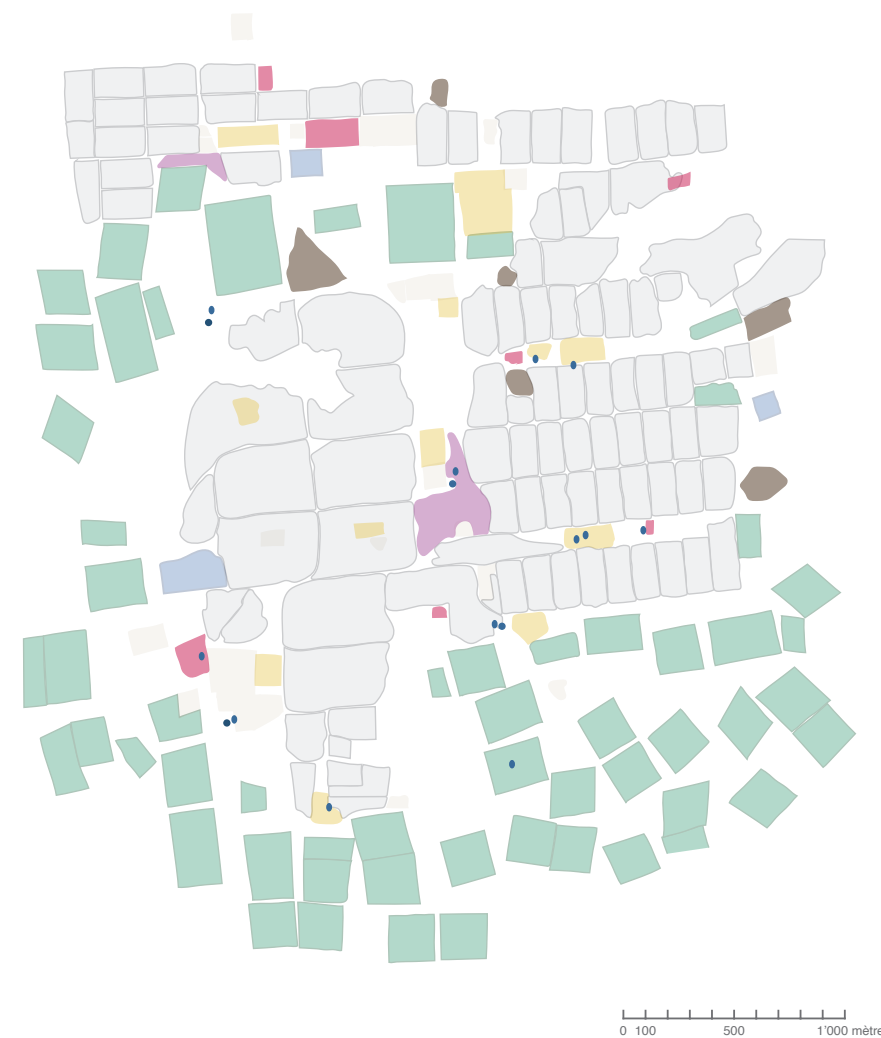
Notes

- 33 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unrefugees.org/news/inside-the-world-s-five-largest-refugee-camps/>
- 34 Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/kenya/presentation-du-kenya/>
- 35 Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/kenya/presentation-du-kenya/>
- 36 Ministère de l'Europe et des Affaires Étrangères. <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/kenya/presentation-du-kenya/>
- 37 Perspective monde. <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMHistoriquePays?codePays=SOM>
- 38 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/ke/figures-at-a-glance>
- 39 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://data.unhcr.org/en/country/ken>
- 40 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://data.unhcr.org/en/country/ken>
- 41 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://data.unhcr.org/en/country/ken>
- 42 L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://data.unhcr.org/en/country/ken/794>
- 43 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.fr/actualites/fermeture-des-camps-de-dadaab-au-kenya-des-centaines-de-milliers-de-vies-en-suspens>
- 44 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.fr/actualites/fermeture-des-camps-de-dadaab-au-kenya-des-centaines-de-milliers-de-vies-en-suspens>

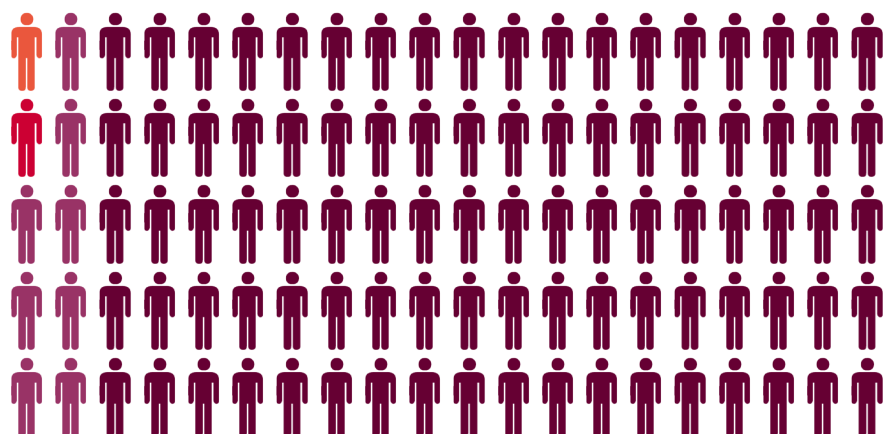
- 45 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.fr/actualites/fermeture-des-camps-de-dadaab-au-kenya-des-centaines-de-milliers-de-vies-en-suspens>
- 46 Entretien de Paul Cabrera du 19 décembre 2022
- 47 Entretien du 19 décembre 2022
- 48 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/kenya-reponse-humanitaire-camps-dadaab-nest-plus-suffisante>
- 49 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/kenya-reponse-humanitaire-camps-dadaab-nest-plus-suffisante>

LES CAMPS DE DADAAB

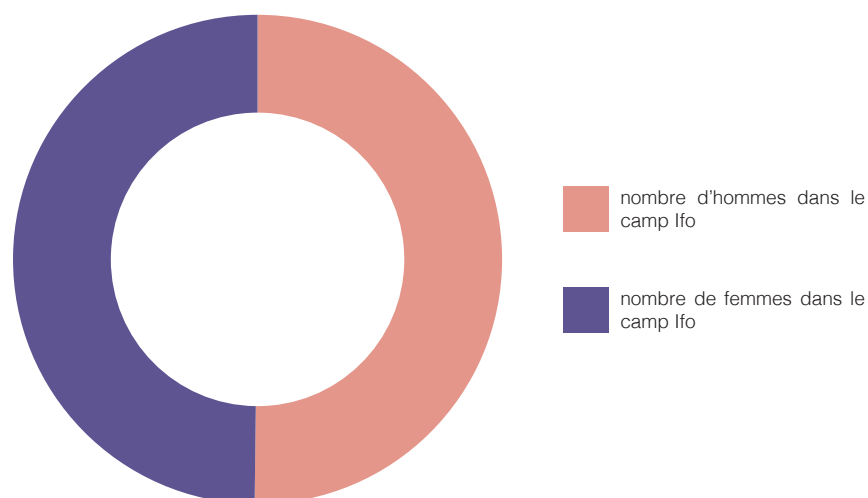
Le camp Ifo* 50



* Toutes les données sont issues du *Ifo Camp Profile* publié par le UNHCR en 2014



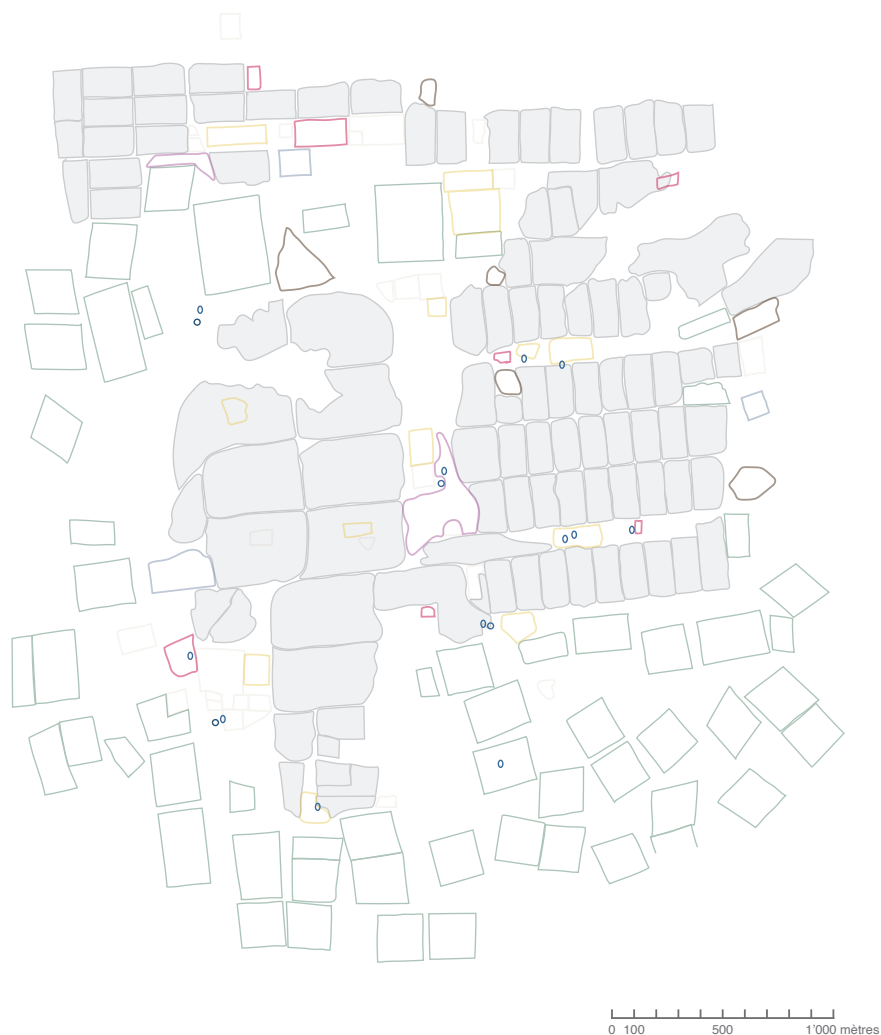
Somalie
 Éthiopie
 Sud Soudan
 République du Congo, Ouganda, Burundi, Tanzanie, Rouanda, Soudan, Érythrée, Pakistan



La première partie du camp de Dadaab est le camp Ifo. Il ouvre ses portes en 1991 avec l'arrivée massive de Somaliens ayant fui une guerre civile de plus en plus violente. Ifo est le centre d'enregistrement des nouveaux arrivants. En 2011, le gouvernement le ferme, puis le rouvre partiellement entre avril et juin 2014. Les personnes sont accueillies temporairement, avant d'être enregistrées et conduites dans un des autres camps de Dadaab.

Ifo avait une surface de 12,3 kilomètres carrés en 2015, pour une population de 84'565 personnes, issues de onze pays différents. La majorité des réfugiés sont Somaliens, mais il compte également des réfugiés d'Éthiopie, du Sud Soudan, de la République Démocratique du Congo, d'Ouganda, du Burundi, de Tanzanie, du Rwanda, du Soudan, d'Érythrée et du Pakistan. C'est le camp qui compte le plus de nationalités différentes.

Le ratio hommes – femmes au sein du camp est presque égal, le HCR dénombant 42'443 hommes pour 42'122 femmes.



Toutes ces personnes vivent dans 20'916 foyers. La surface moyenne disponible par foyer est 180 mètres carrés, soit 12 mètres par 15 mètres.

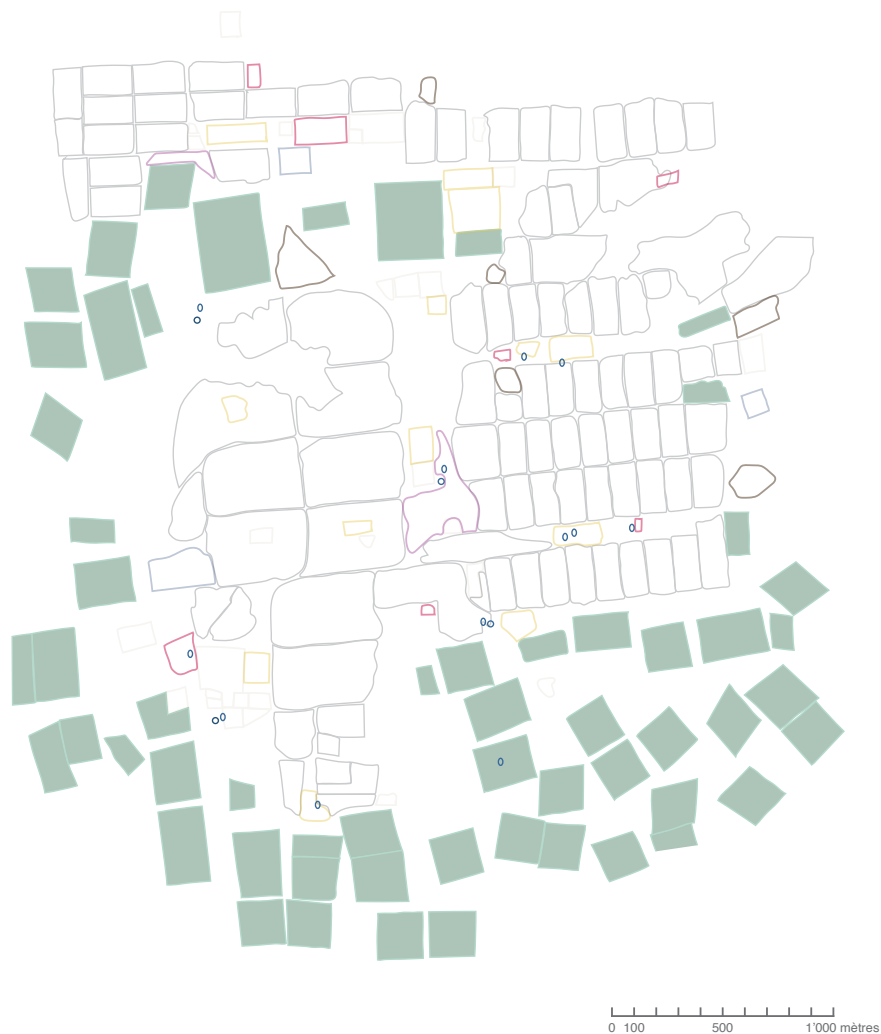
Le camp est établi selon les principes du *Handbook for Emergencies* du UNHCR, soit divisé en neuf secteurs, dont la moitié est considérée sujette à des inondations. En 2013, un système d'évacuation des eaux a été mis en place qui semble présenter des résultats encourageants. Toutefois, cette partie inondable du camp reste très pauvre, certains abris datant de l'origine vingt ans auparavant. Pour pallier ce problème, le HCR a construit des *T-Shelters*, des abris temporaires.

Pour permettre une meilleure gestion du camp, des présidents et présidentes sont élus dans chaque secteur et chaque quartier. Toutefois, certaines décisions sont malheureusement prises sans consulter les femmes, sous prétexte de raisons culturelles. Il y a deux présidents, dix-huit chefs de secteur et deux cent-douze chefs de quartier.



Pour offrir une sécurité à tous, des espaces pour enfants, *Child Friendly Spaces*, sont réalisés, ce qui leur permet de jouer sans crainte. D'autres espaces, *Safe Heavens*, sont dédiés aux femmes et enfants se retrouvant en danger de mort. Pour la protection des familles et des réfugiés dont la sécurité physique est en danger, des *Protection Areas*, sont planifiés.

La population d'Ifo a été la cible de violences, souvent pour des motifs politiques. En 2012 et 2013, plusieurs personnes en lien avec le groupe terroriste islamiste Al-Shebab ont été arrêtées. Le camp compte trois stations policières.



En cinq ans, soit entre 2010 et 2015, la population du camp a augmenté de 35%. Pour faire face à cette forte augmentation et en réduire la pression, le camp Ifo II a été établi en périphérie du camp Ifo.

Cette surpopulation engendre des problèmes humains et environnementaux. Les réfugiés, pas toujours enregistrés et manquant de place pour s'installer, s'établissent de manière aléatoire dans et autour du camp. Pour y remédier, une ceinture verte, zone destinée à la végétation, de 4,125 kilomètres carrés a été créée.



Ifo compte huit écoles primaires, avec un taux de scolarisation de 37%. La majorité des élèves - 63% - sont des garçons. Il y a également deux écoles secondaires présentant un taux de scolarisation de 23,4% qui compte 76,7% de garçons, soit plus de deux tiers. De nombreux jeunes quittent l'école pour diverses raisons, dont le manque d'enseignants ou de matériel, compliquant l'apprentissage. Il manque aussi des places pour les enfants aux besoins particuliers, source d'abandon de l'éducation scolaire. On trouve également un centre d'alphabétisation et un centre d'orientation professionnelle pour les jeunes, appelé *Youth Park Center* - YEP - qui compte plus de sept cent élèves à Dadaab, comptant les camps et la ville.

Vingt-sept groupes de jeunes enregistrés se sont également formés. Ils sont actifs dans différents domaines, dont celui de la promotion des droits humains, de la prévention contre les violences sexuelles et basées sur le genre - VSBG - ou encore celui de l'émancipation des femmes.



Le camp Ifo compte six centres de soins pour 84'565 réfugiés, soit bien plus que la norme du UNHCR prévoyant une infrastructure de soins primaires pour 10'000 personnes. Surchargées, la qualité des consultations en est insuffisante. En revanche, plus de la moitié -63% - des accouchements sont encadrés par du personnel qualifié et dans des infrastructures adéquates. Le camp bénéficie d'un service d'urgences obstétriques disponible 24 heures sur 24. De plus, toutes les femmes enceintes venant pour des soins prénataux se font volontairement dépister pour le VIH.

En 2015, 148 personnes séropositives sont suivies.

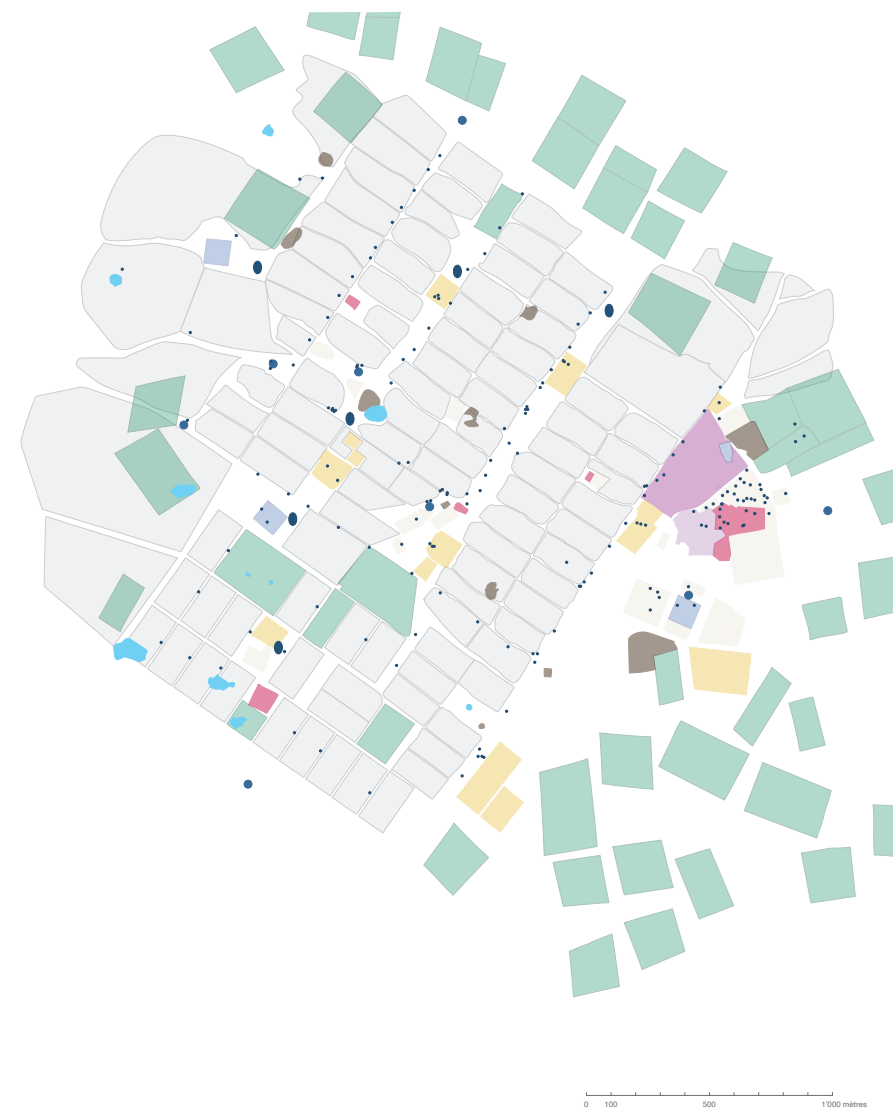


La malnutrition est un des problèmes les plus récurrents. Les enfants sont souvent les plus touchés. Les cas les plus sévères sont admis au centre de stabilisation de l'hôpital central du camp. Pour pallier ce problème, des programmes nutritionnels supplémentaires et thérapeutiques sont mis en place, et ce en plus de la distribution générale de nourriture dont bénéficient les pensionnaires du camp.

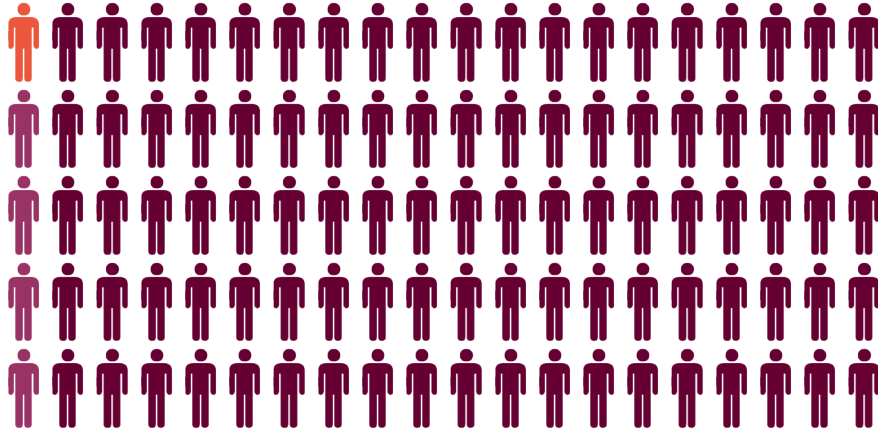
Ifo est équipé de sept puits opérationnels. La quantité d'eau moyenne disponible est de 22 litres par jour et par personne. Le nombre de toilettes s'élève à 12'930, ce qui donne une moyenne de sept personnes par installation. Le nombre de toilettes entrent dans les normes* que les camps doivent respecter.

* une latrine pour sept personnes

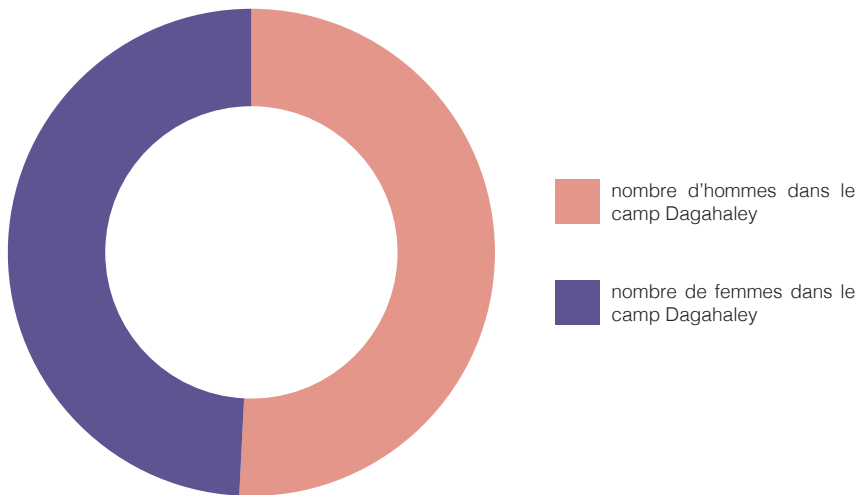
Le camp Dagahaley* ⁵¹



* Toutes les données sont issues du *Dagahaley Camp Profile* publié par le UNHCR en 2014



■ Somalie ■ Éthiopie ■ Sud Soudan, République du Congo, Érythrée, Burundi, Ouganda, Soudan

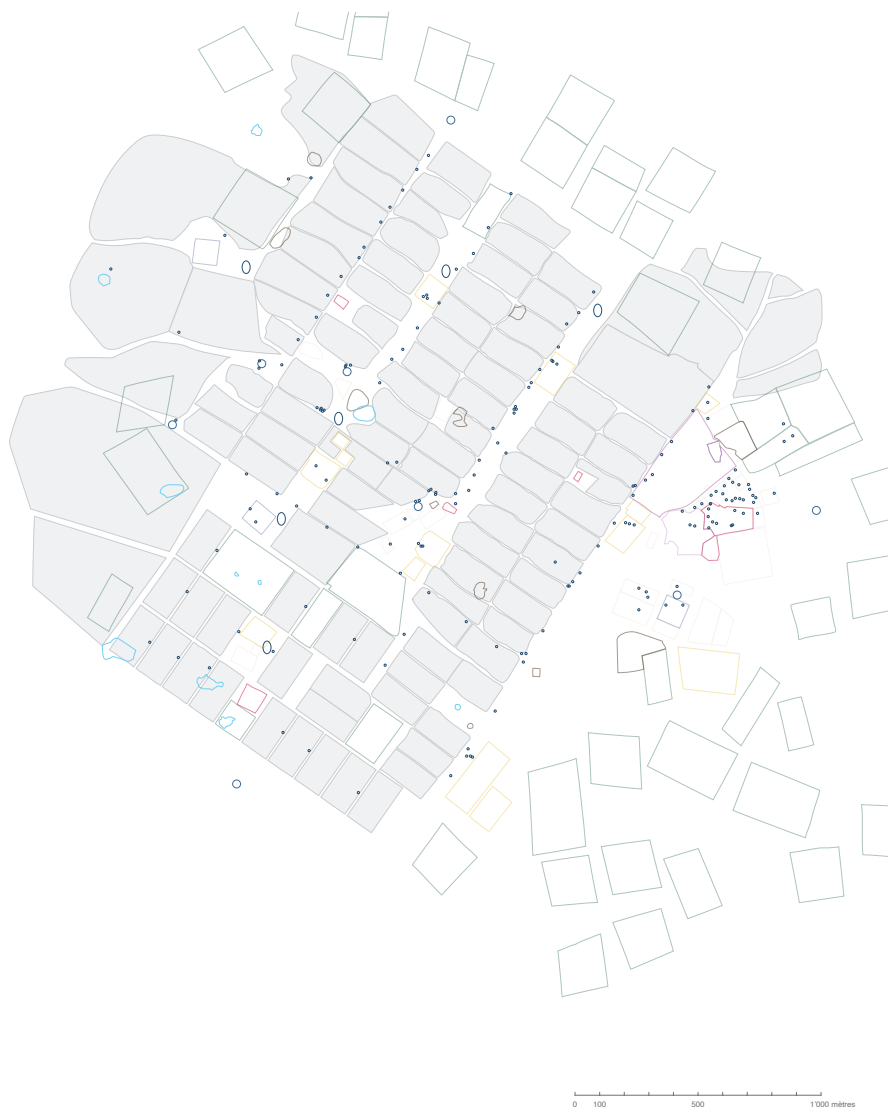


Dagahaley ouvre ses portes en 1992, en même temps que Hagadera, un an après Ifo qu'il doit décharger. Il est le camp situé le plus au Nord des trois. Centre transitoire de protection, il est également utilisé pour le changement de camp des réfugiés. En 2014, neuf familles y vivaient dans l'attente d'une solution plus durable.

Ce camp, d'une surface de 8,2 kilomètres carrés en 2015, compte quelques 87'963 personnes. Tout comme à Ifo, la majorité des réfugiés viennent de Somalie. Les sept autres nationalités sont l'Éthiopie, le Sud Soudan, la République Démocratique du Congo, l'Érythrée, le Burundi, l'Ouganda et le Soudan. Le 8 décembre 2014, 91 personnes ont volontairement quitté le camp pour rejoindre la Somalie, ce qui marque un tournant majeur dans la question du retour spontané dans les pays d'origine, principalement la Somalie.

La population est restée relativement stable jusqu'en 2006 à environ 300'000 personnes. Entre 2006 et 2011 le camp a connu une forte augmentation de sa population. Lorsque le camp Ifo II a ouvert, en 2011, de nombreux réfugiés de Dagahaley s'y sont rendus.

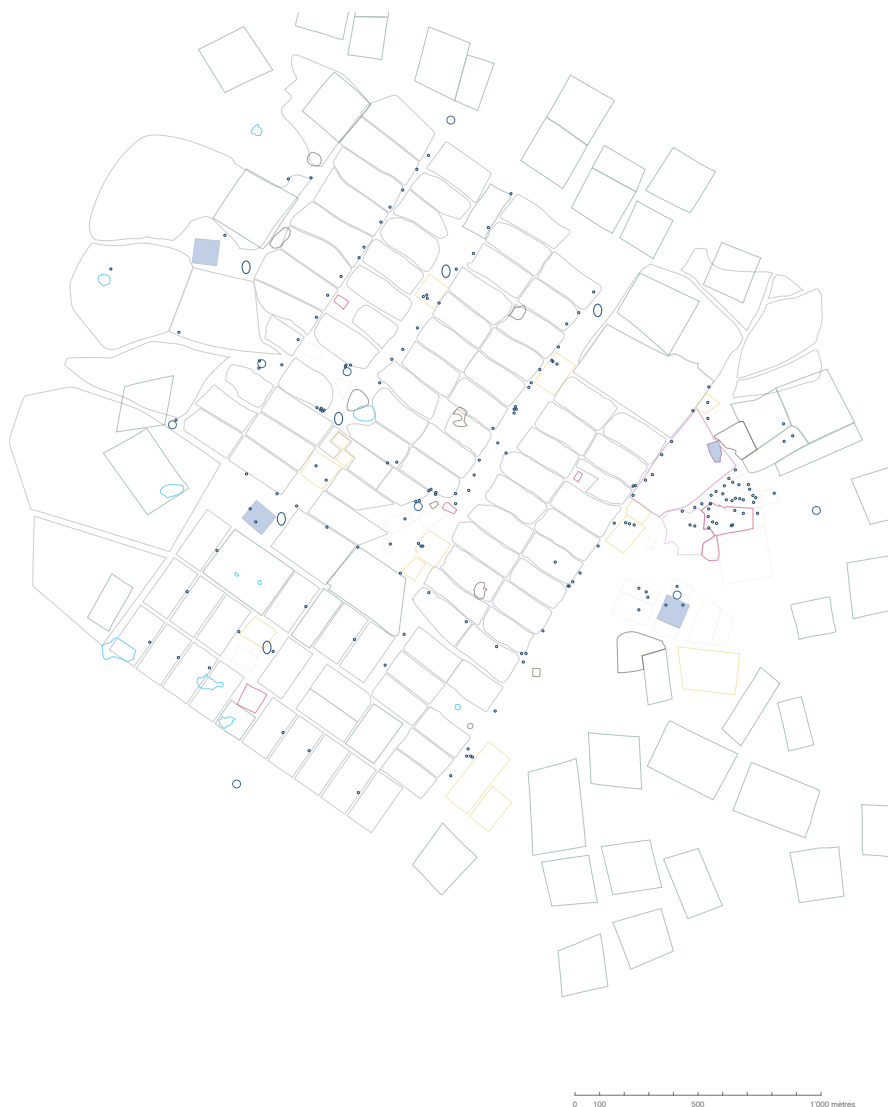
Le ratio hommes – femmes est légèrement moins équilibré qu'à Ifo. Le HCR recense 44'681 hommes pour 43'282 femmes.



Les réfugiés vivent dans 20'859 foyers, ce qui correspond à 12 mètres par 15 mètres, soit 180 mètres carrés disponibles par foyer.

Tout comme Ifo, le camp est établi selon les principes et les règles du *Handbook for Emergencies* du UNHCR. Il est constitué d'une grille orthogonale composée de neuf secteurs avec, en moyenne, dix quartiers par secteur.

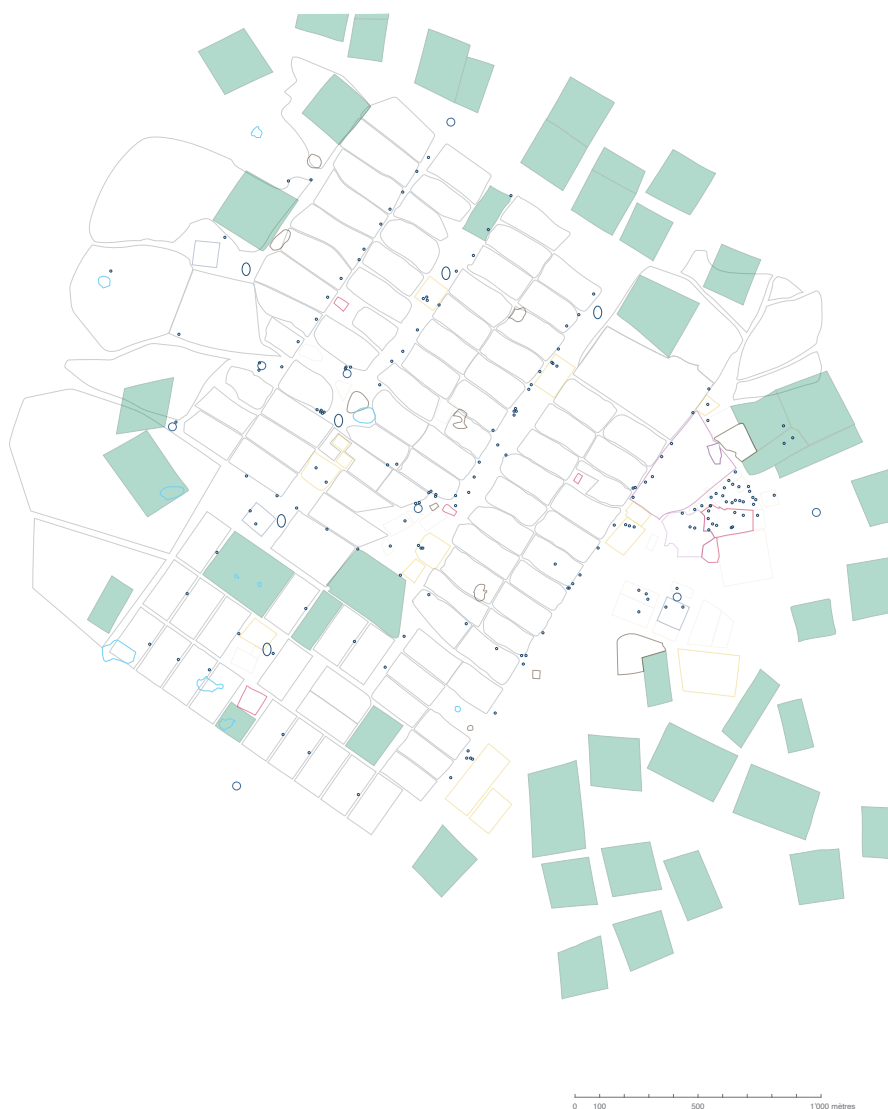
Des présidents et présidentes de secteurs sont élus, de même que pour les quartiers. Pour les activités quotidiennes collectives, des comités par secteurs sont chargés de coordonner et de travailler avec les différentes organisations.



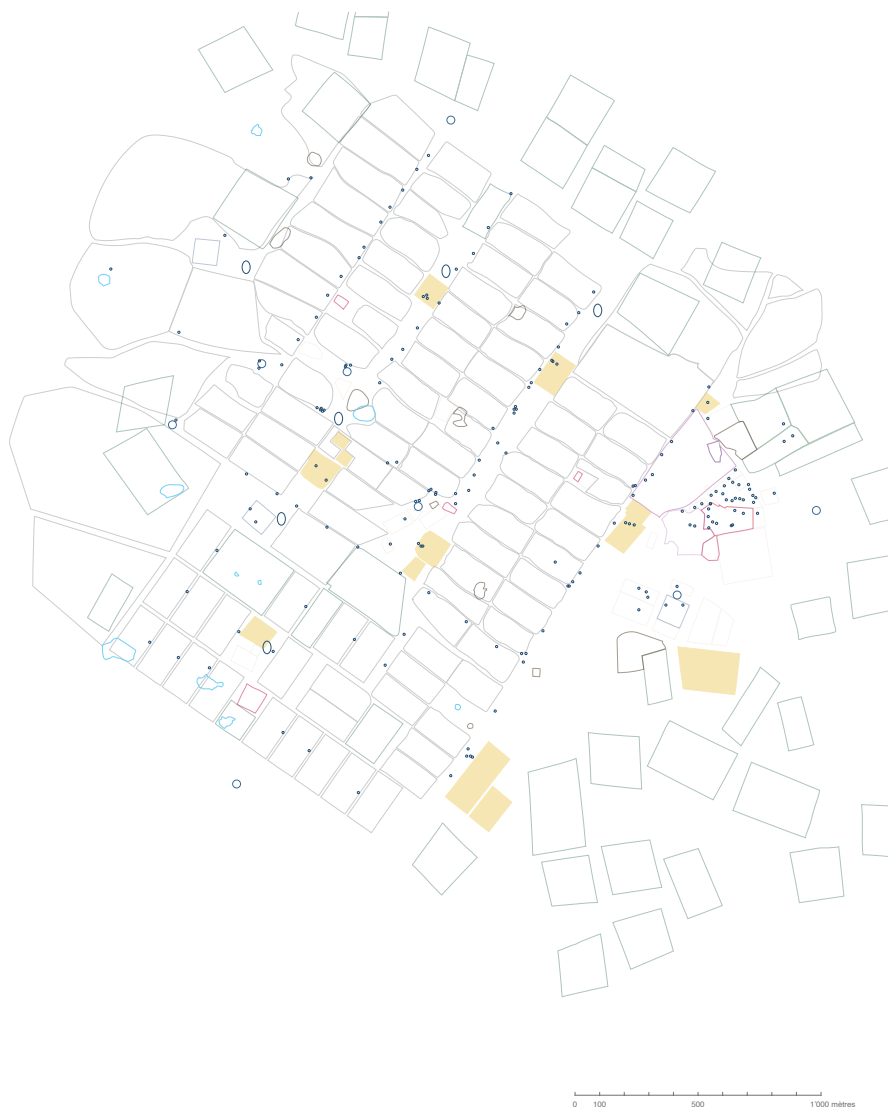
Des *Child Friendly Spaces* sont présents et permettent aux enfants de se divertir sans risques.

A l'instar du camp Ifo, des personnes rattachées au groupe terroriste Al-Shebab ont été arrêtées entre 2012 et 2013. Le camp connaît également d'autres violences ; l'insécurité est telle que l'organisation Médecins Sans Frontières a été forcée de quitter en urgence le camp en 2012.

Dagahaley comporte quatre infrastructures relatives à la sécurité, ce qui n'en fait pas le camp le plus sûr, mais le plus équipé de services de protection. Sa surpopulation entraîne cependant des problèmes humains, en particulier des conflits aussi bien internes qu'avec la population hôte.



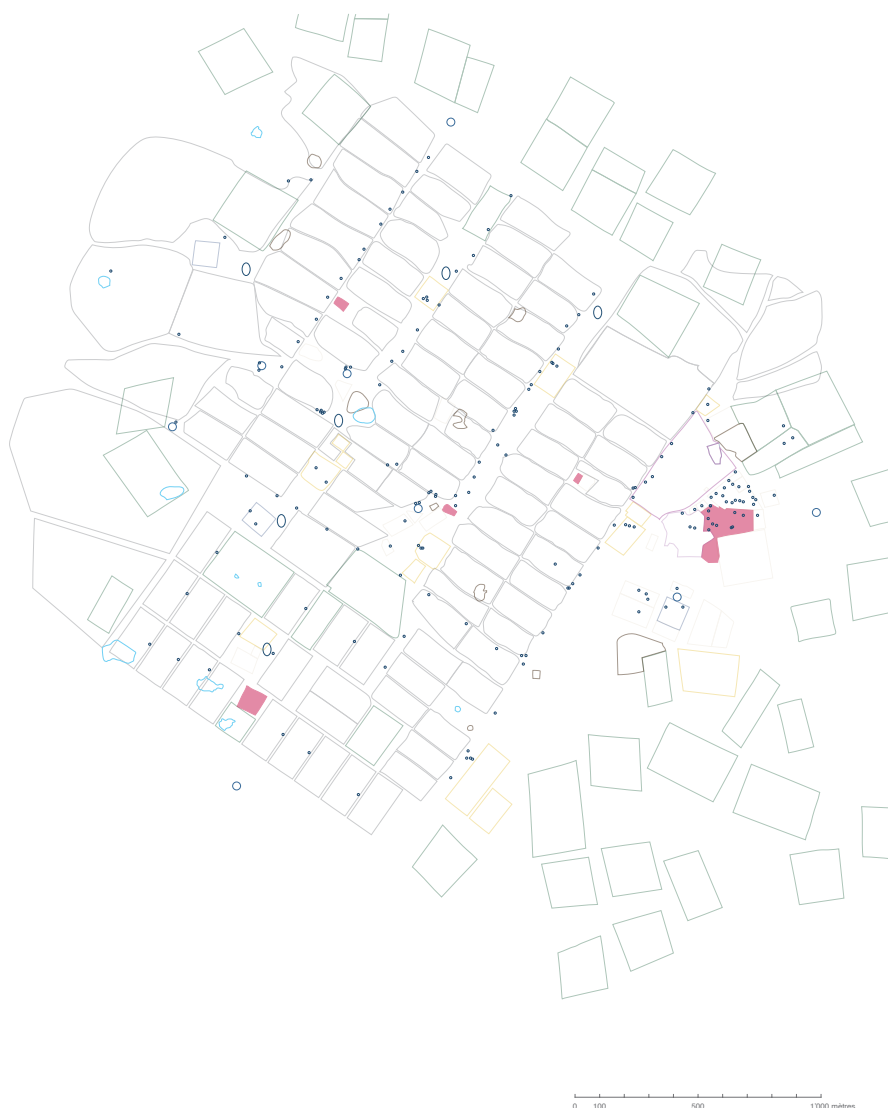
Lors de la forte augmentation de population entre 2006 et 2011, de nombreuses personnes, avant d'être dirigées vers le camp Ifo II, se sont installées spontanément en périphérie du camp. Cette installation, non-prévue, a causé une importante dégradation de la végétation alentour. Pour régénérer ces espaces, une ceinture verte a dû être plantée.



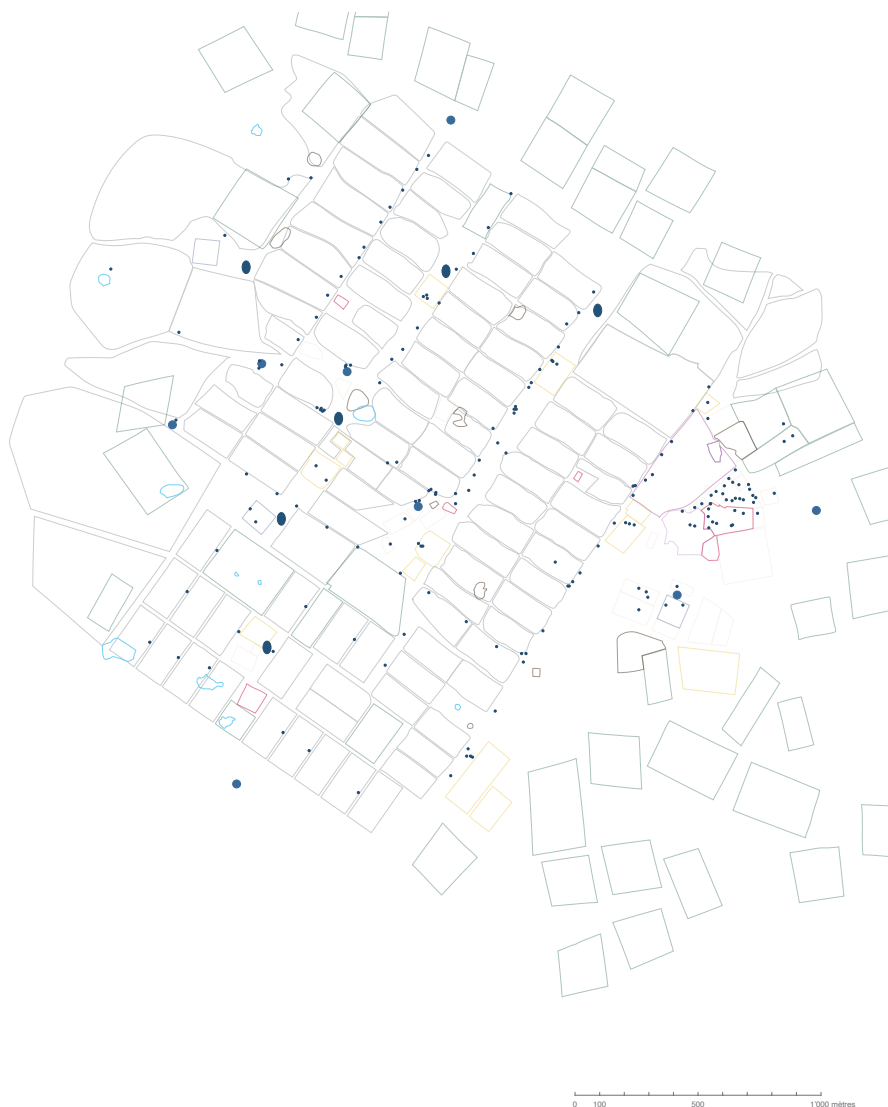
Le camp compte sept écoles primaires, dont le taux de scolarisation est de 33,9%. Il y a également deux écoles secondaires, avec un taux de scolarisation de 79% pour les garçons et de 21% pour les filles. Au niveau secondaire, le ratio enseignant – élèves est meilleur qu'il ne l'est au niveau primaire, soit un enseignant pour douze élèves contre un enseignant pour cinquante-trois élèves, la norme fixant un enseignant pour quarante élèves.

Le *Youth Park Center* de Dagahaley permet aux jeunes d'acquérir des compétences dans plusieurs domaines, dont la mécanique, la charpenterie, la coiffure ou encore la fabrication de savon.

Le camp compte nonante-six groupes de jeunes. Tout comme Ifo, les groupes actifs dans différents domaines, comme l'émancipation des femmes, la promotion du sport ou la résolution de conflits.



Les quatre infrastructures principales de soins situées dans le camp ne correspondent pas à la norme du UNHCR , puisque le ratio atteint de presque 22'000 personnes par infrastructure. Médecins Sans Frontières y gère également un centre où sont pratiquées les opérations chirurgicales. En moyenne, 400 patients externes viennent consulter, ce qui donne une moyenne de 60 patients par jour pour chacun des six médecins disponibles. Avec un tel nombre, les consultations sont toujours réduites au minimum, impactant la qualité de la prise en charge. Pratiquement tous les accouchements - 90% - sont accompagnés par du personnel qualifié. Un service d'urgences obstétriques est disponible 24 heures sur 24.



Le problème de la malnutrition est aussi présent à Dagahaley. En plus des programmes de distribution de nourriture, des programmes supplémentaires et thérapeutiques sont mis en place pour les enfants. Les cas les plus graves sont pris en charge au sein du camp, dans un centre de sensibilisation.

Sept puits sont recensés, ainsi que deux à l'extérieur servant aussi à la population hôte ; toutefois, marqués par les années, ils n'ont plus leur rendement d'origine. Un apport complémentaire est assuré par six réservoirs métalliques surélevés et connectés à un réseau de sept kilomètres. Quant aux déchets solides, la communauté est responsable de sa récolte et c'est le comité de l'ONG WASH - Water, Sanitation and Hygiene - qui a la charge de la majorité des campagnes de nettoyage.

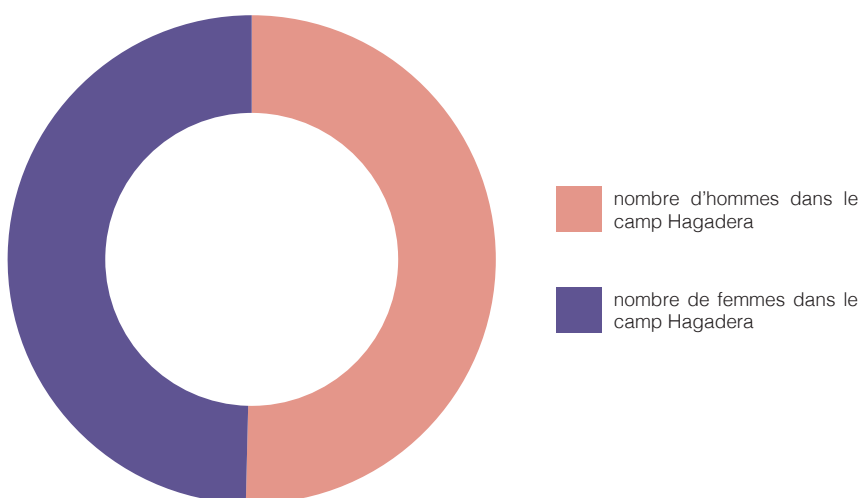
Le camp Hagadera* ⁵²



* Toutes les données sont issues du *Hagadera Camp Profile* publié par le UNHCR en 2014



■ Somalie ■ Éthiopie ■ République du Congo, Ouganda, Cameroun, Sud Soudan



Ce camp Hagadera est le camp situé le plus au Sud des trois camps et fait partie des plus anciens, ayant ouvert ses portes, comme Dagahaley, en 1992.

Il s'agit du camp le plus peuplé avec une surface de 8,7 kilomètres carrés pour 106'926 personnes. On n'y trouve que six nationalités, à savoir la Somalie, l'Éthiopie, la République du Congo, l'Ouganda, le Cameroun et le Sud Soudan. Depuis le premier mouvement de retour en Somalie en 2014, de nombreuses personnes ont pris la décision de rentrer dans leur pays d'origine.

Après l'avoir suspendu depuis 2011, le Département des Affaires Étrangères - DRS - a repris l'enregistrement des nouvelles arrivées. L'enregistrement des naissances et des décès, lui, n'a pas cessé. Le DRS est souvent aidé par le bureau d'enregistrement de Garissa, venant chaque trimestre délivrer des certificats de naissance aux enfants nés réfugiés au Kenya.

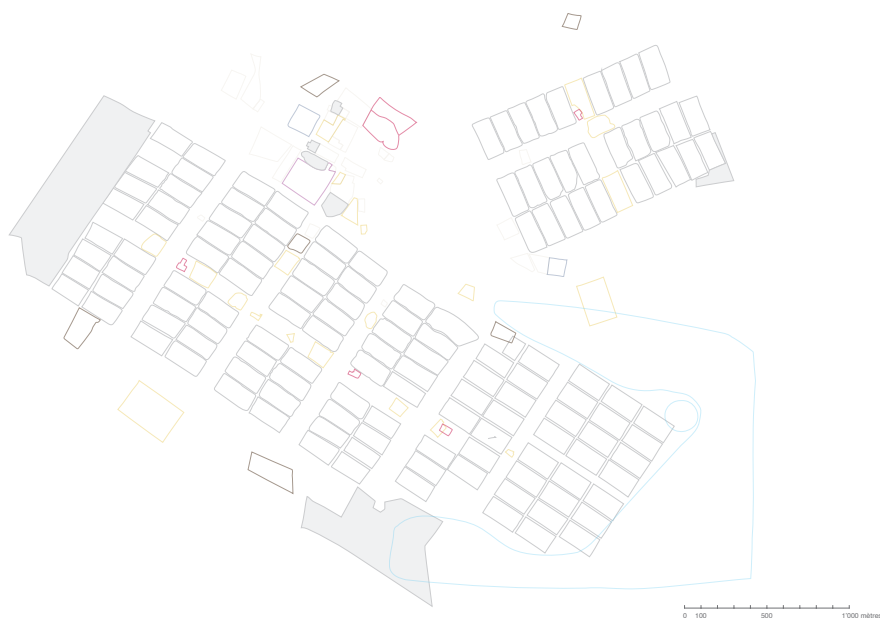
Le ratio hommes – femmes est relativement bien équilibré avec 53'050 hommes pour 53'876 femmes.



Les réfugiés sont répartis en 26'696 foyers. Le désir d'une grande partie d'entre eux est de rester auprès de leurs proches, ce qui pose des problèmes d'utilisation de l'espace.

Hagadera est également construit selon les principes du *Handbook for Emergencies* du UNHCR. Il est divisé en quatorze secteurs et centre-trente quartiers. Chaque secteur et chaque quartier a deux chefs élus, un homme et une femme, soit un total de vingt-huit chefs de secteurs et deux cent-soixante chefs de quartier. Les minorités, d'origines ou de tribus, ont aussi élu des représentants. La dernière élection libre et équitable de ces responsables date de 2013.

Malgré le besoin de rénovation et l'ajout de nouveaux abris, aucun nouvel habitat n'a été octroyé à Hagadera depuis 2010. Il était toutefois prévu que des nouveaux *T-Shelters*, des abris temporaires, soient construits.



La banlieue de Hagadera, les *Hagadera Outskirts*, accueille plus de 20'000 personnes, à savoir la taille « idéale » d'un camp pour le UNHCR. Malgré une diminution de 45'000 personnes, le camp reste surpeuplé. En 2011, 2012 et 2014, environ 2'000 familles et 10'000 individus ont rejoint le camp de Kambioos, maintenant fermé. D'autres déplacements auraient dû se faire avant sa fermeture.

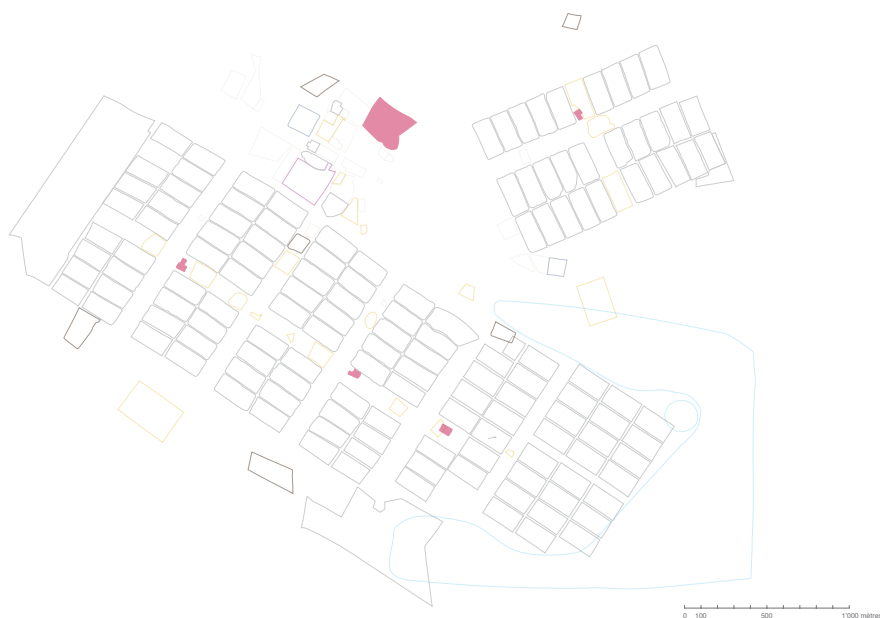
Tout comme à Ifo et Dagahaley, la surpopulation et l'installation en périphérie posent des problèmes humains et environnementaux, les ceintures vertes bordant le camp ayant été détruites. Pour contrer le problème d'abattages sauvages d'arbres, des boutures ont été distribuées aux réfugiés et aux populations hôtes, afin de repeupler les espaces verts, mais le manque de fonds et de stocks ont eu pour conséquences que seules les personnes les plus vulnérables les ont reçues et s'en servent pour le feu, ne laissant pas aux jeunes arbres le temps de croître. Hagadera n'a pas de ceinture verte comme c'est le cas dans les autres camps.

Plusieurs feux dévastateurs ayant ravagé le camp en 2010, de nouvelles techniques de protection ont été mises en place, et semblent efficaces.



Hagadera compte sept écoles primaires, dont le taux de scolarisation s'élève à 37%, ainsi que deux écoles secondaires avec un taux de scolarisation de 14,8%. Les classes sont toutes surchargées, cent à cent-vingt élèves par classe, ce qui est bien plus élevé que les quarante élèves recommandés. On trouve également un centre d'alphabétisation, un centre professionnel et un *ICT training center*.

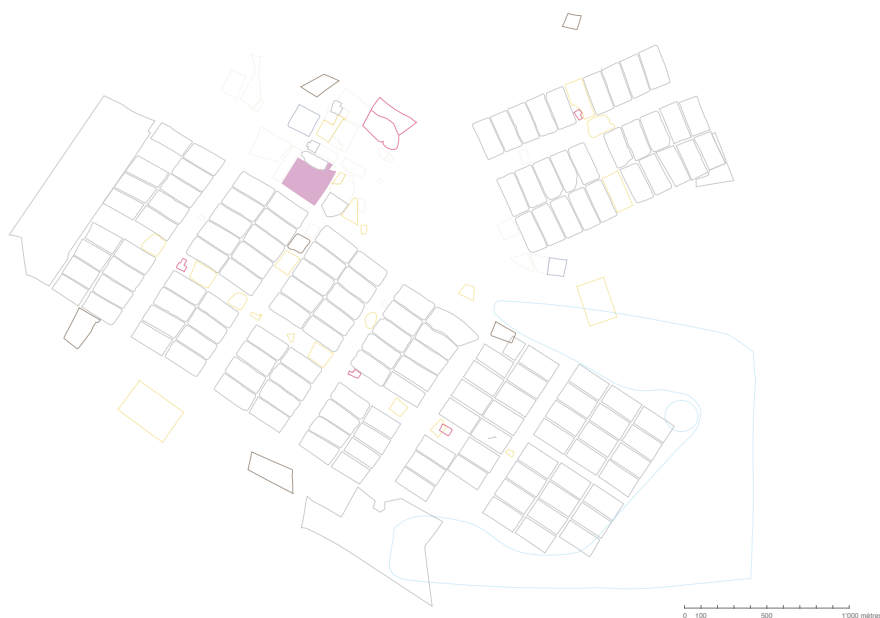
Plusieurs groupes de jeunes, vingt-sept enregistrés, sont actifs au sein du camp, comme c'est le cas dans les deux autres. Ils sont présents dans différents domaines, comme la prévention contre les violences sexuelles et basées sur le genre - VSBG - ou les droits humains.



Cinq cliniques et un hôpital sont installés dans le camp, soit environ 28'000 personnes par infrastructure ; ils accueillent en moyenne 454 patients par jour dans les différents centres. L'hôpital a récemment commencé à offrir des services spécialisés en ophtalmologie.

A l'opposé des deux autres camps, la plupart des accouchements se font dans les foyers, ce qui crée de nombreuses complications, autant pour les mères que pour les nouveau-nés, ainsi que pour la délivrance de certificats de naissance. Le taux de mortalité infantile des moins de cinq ans est de 0,5% et l'espérance de vie à la naissance est de 88%.^{*53}

* taux de mortalité infantile en 2021 de 0,31 % en Suisse



Comme c'est le cas dans les autres parties du camp, la malnutrition n'épargne pas Hagadera. Le Programme Alimentaire Mondial - WFP - assure une distribution bimensuelle de nourriture offerte par le biais du Norwegian Refugee Council - NRC. Celle-ci et les produits non-alimentaires sont récupérés par les réfugiés dans des points de collectes gérés par des systèmes biométriques de contrôle. Les rations distribuées équivalent à la norme quotidienne de 2'100 kcal par jour et par personne.

Notes

50 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Ifo Camp Profile*

51 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Dagahaley Camp Profile*

52 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Hagadera Camp Profile*

53 Office Fédérale de la Statistique. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/infantile-mortinaissances.html>

LE DOMAINE MÉDICAL

Les systèmes de soins

Il existe différents types de soins : soins primaires, soins secondaires et soins tertiaires. Ces niveaux correspondent à des catégories qui s'appliquent à tous les pays du monde et représentent les différents degrés d'urgence. Les définitions sont les mêmes pour les mégapoles ou pour les camps de réfugiés les plus défavorisés. Cependant, la disponibilité de ces soins et les moyens mis en œuvre ne sont pas égaux partout.

Les soins de santé primaire - PHC - sont définis par «des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination»⁵⁴. Ils sont administrés par des personnes travaillant dans le domaine médical, mais celles-ci ne sont pas forcément des médecins, les infirmières pouvant les administrer.

Les soins de santé secondaires - SHC - présentent un niveau de soin un peu plus élevé. Ces soins intermédiaires «inclue[nt] le diagnostic et le traitement disponible dans un hôpital ou centre de santé»⁵⁵ et doivent être dispensés par du personnel spécialisé ; ils ne peuvent s'effectuer ailleurs que dans un établissement comportant des laboratoires et d'autres infrastructures adéquates, ainsi que des lits d'hôpital.

Le troisième niveau de soins, les soins de santé tertiaires - THC - est «un service médical davantage spécialisé pour des patients habituellement référés de centres de santé secondaire.»⁵⁶ Ces soins, encore plus spécifiques que les soins du niveau secondaire, nécessitent un personnel qualifié et spécialisé. Il peut s'agir de



médecine interne ou de chirurgie. Les diagnostics sont souvent élaborés dans le cadre de pathologies pouvant être fatales, comme le cancer. C'est à ce niveau de soins que des traitements avancés sont prodigués.

Chaque niveau de soins requiert des infrastructures et des installations différentes, dont les taux d'occupation ne sont pas égaux. Les PHC peut être dispensés dans des plus petites infrastructures telles que des dispensaires. Les SHC, eux, doivent se faire dans un milieu sanitaire plus développé, mais la demande y est moins importante. Le niveau THC est celui qui nécessite le plus de développement et le plus de spécificités, autant au niveau des infrastructures que du personnel. Cependant, c'est celui qui compte le plus petit nombre de patients et traite des pathologies les moins communes. Il est fréquent que ces trois niveaux de soins soient surchargés, notamment lors d'épidémies ou de catastrophes naturelles importantes ou lorsque le personnel manque.

Les fonds alloués dans les différents systèmes de soins et la recherche médicale sont disparates. Ce sont souvent les soins de santé primaires qui sont délaissés au profit des secondaires ou des tertiaires. Dans les régions les moins développées du globe, ce sont les SHC et les THC qui sont les moins présents, et ce par manque de moyens, d'infrastructures et de personnel. Il n'est pas rare que pour traiter les problèmes médicaux des patients dépassant les soins primaires, ceux-ci doivent parcourir des kilomètres.

Les surcharges ne sont pas uniquement dues au manque d'espaces disponible, mais également au manque de personnel, d'autant plus dans des zones défavorisées. Peu de personnes sont enclines à exercer la médecine dans des zones pauvres et peu développées. Après des années d'études, les nouveaux médecins préfèrent pratiquer dans des villes, même s'ils sont parfois issus de régions défavorisées, ce qui leur garantit un revenu plus élevé et des cas plus intéressants.

L'exode des cerveaux est un phénomène présent dans tous les domaines. La perspective d'une situation meilleure que celle du milieu dans lequel on a grandi est forcément attrayante. Néanmoins, par volonté d'offrir ce dont ils ont manqué, ou par volonté de rendre ce dont ils ont bénéficié, certains reviennent.

Les soins dans les camps

Le domaine médical, primordial, n'est pas sous la responsabilité directe du UNHCR. La plupart des soins sont prodigués par des ONG, comme Médecin Sans Frontières, mais le personnel est souvent local. Ces organisations font face à différentes problématiques, dont la disparité entre les services offerts à la population au sein du camp et la population hôte. Il n'est pas rare que les occupants d'un camp bénéficient de structures parfois plus développées que celles accessibles à l'extérieur, ce qui n'est pas acceptable.

Lorsqu'il s'agit de la santé des réfugiés et que le HCR est impliqué, ce dernier vérifie que les systèmes qui leur sont destinés soient en adéquation avec ce que le gouvernement a mis en place. Les différentes catégories de personnes sont au nombre de cinq: « (a) demandeurs d'asile ; (b) réfugiés ; (c) déplacés internes (DI) ; (d) rapatriés, à savoir réfugiés et DI qui retournent dans leur pays d'origine et (e) apatrides »⁵⁷.

Les populations hôtes n'ont pas toujours accès aux soins, et certains indigènes profitent de l'établissement des camps et ses services pour recevoir des soins. Il est fréquent que ceux-ci viennent s'y établir, comme l'explique Nadia Carlevaro⁵⁸ pour y avoir accès, quitte à abandonner leur nationalité. A Dagahaley, MSF estime que dans les soins primaires, une consultation sur cinq ne bénéficie pas aux réfugiés mais aux Kényans, ne provenant pas toujours de régions proches.⁵⁹

A leur arrivée, les réfugiés sont souvent porteurs de maladies contractées avant leur départ ou pendant leur déplacement, et parfois déshydratés ou victimes de malnutrition. Les infrastructures, souvent surchargées, ne peuvent pas toujours assurer un accès immédiat aux soins nécessaires, ce qui impacte leur propre santé et présente un risque d'épidémie élevé dans le camp s'ils sont porteurs

de maladies contagieuses.

Dans les camps et zones de crise, plus encore que dans d'autres contextes, la gestion des flux est primordiale. Il est recommandé qu'hommes et femmes ainsi que les mineurs et majeurs ne se croisent pour éviter toute insécurité. Les espaces dédiés aux femmes doivent leur être uniquement réservés, afin de leur assurer un maximum de confiance et de protection. Quant aux questions religieuses et de croyances, elles doivent être également prises en compte et respectées.

Les traitements

Les patients qui doivent bénéficier de traitements parfois indisponibles, principalement dans le domaine des soins tertiaires, sont transférés vers des hôpitaux extérieurs, situés parfois à des distances importantes. L'offre étant souvent restreinte, il n'est pas toujours possible de répondre à la demande. C'est pour cette raison que les ONG prient les gouvernements et l'aide internationale de pallier ce problème et de rendre leur dignité aux réfugiés déjà privés de nombreuses libertés. Elles insistent sur le fait que l'établissement de nouvelles infrastructures et l'amélioration des celles existantes bénéficieraient non seulement aux populations des camps, mais également aux populations hôtes.

Les services de soins des camps faisant face à la surpopulation, et ne pouvant répondre à toutes les demandes, doivent être aidés pour éviter tout risque de développement de maladie, les patients zéros n'étant pas toujours pris en charge et soignés à temps. Pour éviter des contaminations à trop grande échelle, qui mettraient les services de soins dans une situation de surcharge encore plus importante, il est primordial que les foyers infectieux soient repérés et traités dans les plus brefs délais.

Les défis

Même si les infrastructures sont présentes, le matériel nécessaire ne l'est pas toujours, dans ou hors d'un camp. C'est le cas notamment des appareils de radiologie, IRM ou scanners. Il en est de même pour le personnel qu'il est difficile de recruter, peu de personnel souhaitant travailler sur le long terme dans des camps de réfugiés.

L'enjeu majeur du HCR et des organisations est de s'adapter aux contextes dans lesquels ils doivent intervenir, que ce soit dans le domaine social, politique, religieux, climatique, géographique ou économique. Ils doivent également composer avec les systèmes déjà en place et leurs limites. Il est compliqué, voire impossible, de créer une sorte de mode d'emploi applicable à toutes les situations. Toutefois des principes généraux permettent de garantir une base sur laquelle la gestion de l'aspect général de la santé peut s'appuyer.

L'enjeu majeur dans les centres de soins réside dans la gestion des flux, qui doivent être organisés de façon à ce que personne ne court de danger, physique, mental ou sanitaire.

La propagation des maladies

A leur arrivée, toutes les personnes ne passent pas par un contrôle médical, faute de moyens. Ne sont auscultés que ceux qui paraissent malades, les autres intégrant directement le camp.⁶⁰ Il est malheureusement fréquent que de nombreux porteurs sains soient admis et risquent d'être la source de propagation de maladies.

Une des réponses à cette problématique est la vaccination, ce qui n'est pas toujours envisageable pour l'ensemble d'une population, les réfugiés étant libres d'accepter ou de refuser les vaccins. Les problèmes d'enregistrement compliquent également les campagnes de vaccinations, toutes les personnes vivant au sein du camp n'étant pas systématiquement recensées, comme exposé ci-avant. D'après le responsable adjoint du programme MSF au Kenya, Adrian Guadarrama, « sans dépistage des nouveaux arrivants, les vaccinations seules n'auront que peu d'impact »⁶¹.

Les mesures préventives prises à l'arrivée des réfugiés doivent se faire dans le respect des droits et de la dignité de tous. Il n'est pas possible d'outrepasser les droits fondamentaux sous n'importe quel prétexte, et il faut garder en mémoire que ces personnes ont vécu des événements traumatisants et nécessitent une aide et une écoute particulières. C'est le rôle des organisations de veiller à ce qu'elles ne soient ni mal reçues ni forcées, mais au contraire favorisées.

Les maladies peuvent également se transmettre sexuellement. Le continent africain reste le plus touché par le virus du sida, plus de deux tiers des cas recensés dans le monde se trouvant en Afrique. Le virus touche principalement les minorités, les femmes et les plus défavorisés. En Afrique subsaharienne, les jeunes femmes sont, en moyenne, plus touchées que les jeunes hommes. Cette situation est due à différents facteurs, dont l'inégalité des sexes, notamment

dans le domaine de l'éducation. Fréquentant moins l'école où sont principalement dispensées les campagnes de prévention, les jeunes femmes sont moins renseignées sur les maladies sexuellement transmissibles - MST - et leurs risques. Elles sont également plus souvent victimes de violences sexuelles, à l'image des autres minorités, ce qui les expose davantage à une contamination.

La transmission de MST est dû au manque de moyens, mais également aux législations de certains pays qui considèrent toujours les relations de personnes du même sexe comme illégales. Celles-ci étant interdites, la prévention ainsi que les aides sont déficientes. Les homosexuels restent, dans le monde entier, parmi les personnes les plus touchées par le VIH.

La question des femmes

Les femmes représentant la moitié de la population mondiale et ne représentent pas une minorité, mais font partie des groupes les plus touchés par les discriminations et les violences, et ce dans tous les pays.

Dans les camps, elles nécessitent une attention particulière, doivent bénéficier de soins gynécologiques et avoir accès à des lieux appropriés et sécurisés pour accoucher. Ces lieux doivent leur permettre de donner naissance sereinement. Il faut également leur assurer des services de soins prénataux, de néonatalogie et d'obstétrique, ainsi que tout ce qui est relatif à leurs menstruations.

Comme les enfants et les minorités, elles doivent bénéficier d'espaces leur assurant confiance et sécurité, car elles sont souvent victimes, dans leur pays d'origine, dans leur exil, comme dans les camps, de violences, notamment sexuelles.

Les violences génitales, appelées Mutilations Génitales Féminines - MGF - sont des pratiques toujours d'actualité dans différentes parties du monde, dont l'Afrique et notamment au Kenya, malgré des lois les interdisant. Dites «traditionnelles», ces pratiques sont effectuées aussi bien hors que dans les camps. Ces violences ont des impacts multiples, psychologiques et physiques. De plus, elles sont la cause d'infections parfois sévères, les mêmes «outils» étant utilisés sur plusieurs jeunes femmes à la suite et sans hygiène, causant des séquelles à long terme.

Les spécialistes de santé doivent faire face à ces MGF, qui existent sous différentes formes. L'aide que ces spécialistes doivent apporter doit permettre à ces femmes de vivre dans la dignité et il est aussi primordial que des campagnes de prévention soient menées afin de réduire le nombre de victimes.

La santé mentale

En plus des besoins médicaux physiques dont nécessitent les réfugiés, il faut également prendre en considération les besoins psychologiques. La santé mentale est un domaine médical qui, malgré son importance, passe très souvent en second plan, et particulièrement dans les camps.

Une forte majorité des nouveaux arrivants souffrent psychologiquement, éprouvés par les scènes traumatisantes dont ils ont été témoins ou leur déracinement. Une prise en charge et une attention particulière doivent leur être assurée. De nombreux cas de troubles psychologiques de nature dépressive sont détectés; ne résultant pas toujours de leur exil, mais proviennent parfois de leur vie à l'intérieur du camp.

La pérennisation

Le système de santé doit faire face à un double défi. Lorsqu'un camp se pérennise, il accueille continuellement des nouvelles personnes ; les infrastructures de soins ont été établies avant tout pour répondre aux besoins des arrivants dans des situations d'urgence et non pour prendre en charge des réfugiés demeurant à long terme dans le camp. Cette pérennisation exige des demandes différentes, que l'on pourrait qualifier de «médecine quotidienne».

Pour répondre à cette pérennisation, il est nécessaire d'adapter les systèmes aux nouveaux besoins. Cependant, il n'est pas possible de transformer certaines structures, puisqu'elles ne doivent abandonner leur fonction d'origine, soit les soins des nouveaux arrivants.

L'urgence, au sens de «nécessité d'agir vite»⁶², n'est plus la seule à laquelle les centres de doivent faire face. Un autre type d'urgence, liée à la pérennisation des camps, crée des besoins supplémentaires, alors que l'aide internationale tend à diminuer. Dans les situations qui perdurent, les personnes en difficulté voient cette aide se réduire, faute de moyens.

Le UNHCR édicte des standards pour les services de soins qui s'adressent aux situations d'urgence, mais également celles à long terme. Ils figurent dans le *Handbook for Emergencies*⁶³ et sont énumérés comme suit :

- Le nombre d'installations de santé est suffisant pour répondre aux besoins essentiels de santé de toute population touchée par une catastrophe [...].
- Au moins une installation de santé est disponible par tranche de 10'000 personnes (les unités de santé de base sont des installations de santé primaire proposant des services de santé essentiels).

- Dans des installations dispersées en milieu rural, au moins une installation de santé est disponible par tranche de 50'000 personnes.
- Un hôpital régional ou un hôpital rural est disponible par tranche de 250'000 personnes.
- Plus de 10 lits de patients et de maternité sont disponibles par tranche de 10'000 personnes

La diminution de l'aide internationale ne touche pas que la santé, mais tous les aspects du camp, comme la distribution de nourriture. Si les rations diminuent, la malnutrition progresse. Le Programme alimentaire mondial a, par exemple, réduit son offre de 70%, faute de moyens financiers.⁶⁴

Notes

54 Organisation Mondiale de la Santé. *Déclaration d'Alma-Ata*. Chapitre IV.

55 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires*, 171

56 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires*.

57 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires*.

58 Entretien du 24 novembre 2022

59 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/refugies-dadaab-au-kenya-enfermes-oublies-ils-lancent-appel-dignite>

60 Entretien avec Nadia Carlevaro du 24 novembre 2022

61 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/kenya-reponse-humanitaire-camps-dadaab-nest-plus-suffisante>

62 Larousse, définition du terme *urgence*

63 Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*. p.93

64 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/refugies-dadaab-au-kenya-enfermes-oublies-ils-lancent-appel-dignite>

LES SOINS À DADAAB

Le domaine médical à Dadaab

La ville de Dadaab compte peu de centres de soins. Il s'y trouve principalement le Dadaab Sub-County Hospital, qui propose des services de soins et qui est ouvert 24 heures sur 24 heures.⁶⁵ Hormis ce centre, seuls de petits dispensaires gérés par des infirmier.ères sont disponibles pour la population. L'hôpital plus important se trouve dans la ville de Garissa, à plusieurs kilomètres de la ville.

Le camp de Dadaab s'est établi à la suite de l'arrivée importante de Somaliens au Kenya en 1991. Le HCR a demandé à Médecins Sans Frontière de venir en aide aux réfugiés dans différents camps, dont deux du complexe de Dadaab en 1992.⁶⁶

Ils devaient notamment faire face à la sécheresse de 2011 qui a privé les réfugiés de nombreux services dont l'accès à l'eau, la nourriture et aux soins. La première mission de MSF était de pallier le problème de la malnutrition, pour lequel elle a ouvert différents centres thérapeutiques. Ce n'est qu'en 1999 que l'organisation a mis en place des services permettant la prise en charge de la tuberculose et la propagation de maladies. Pour limiter les contaminations, MSF « exhorte l'Agence des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) et les autorités kényanes à intensifier l'aide humanitaire et à lancer d'urgence des campagnes de vaccination dans le pays »⁶⁷.

Dans les camps présents depuis plus de trois décennies, les pathologies mentales sont très présentes, telles que la dépression, mais également certains troubles étant exclusivement issus de la vie confinée. C'est le cas d'un réfugié, Abdo, suivi à l'hôpital de Dagahaley pour une dépression et qui témoigne que « tous les matins je sors chercher de la nourriture pour ma famille. Mais quand il n'y a rien, ça me stresse, ça m'empêche de dormir. »⁶⁸ Médecins Sans Frontières dispense en moyenne 5'500 consultations relevant de la santé mentale par année dans le seul camp de Dagahaley et

ce nombre à tendance à toujours augmenter.⁶⁹

Les infrastructures

Les infrastructures de soins du camp de Dadaab, comme c'est le cas dans de nombreux autres, ne répondent pas à tous les besoins. Certains réfugiés ne pouvant être soignés sur place sont transférés dans les hôpitaux de Garissa ou Nairobi. En 2019, MSF faisait état, dans le camp de Dadaab, de plus de 1'000 personnes nécessitant des interventions chirurgicales ou d'autres soins spécialisés.⁷⁰

Tous les camps de Dadaab comptent au moins un hôpital et plusieurs dispensaires. Les pensionnaires ont accès à une infrastructure sanitaire dans un rayon d'un kilomètre de chez eux environ. Le UNHCR estime que «[a]u moins une installation de santé doit se trouver dans les 5 km des sites des réfugiés»⁷¹. Ces centres doivent offrir des soins primaires, et les besoins plus spécifiques sont traités dans des centres plus grands et plus adaptés, obligeant souvent les patients à parcourir de grandes distances.

Aucun des camps ne répond à la norme édictée par le HCR qui préconise qu'une infrastructure doit bénéficier au maximum 10'000 à personnes. Le camp de Dadaab accueille 233'726 personnes, ce qui nécessiterait selon les normes vingt-quatre installations de santé. Or, les trois camps n'en comptent que quinze, soit un déficit d'offre touchant 83'726 personnes, ce qui correspond à un peu plus d'un quart de leur population.

Ifo et Hagadera comptent le plus de centres de soins, en revanche ce sont les camps de Hagadera et de Dagahaley qui sont les plus peuplés. Le camp de Ifo, avec un centre pour 12'097 personnes, est le camp qui se rapproche le plus de la norme. Suit le camp de Hagadera, avec un ratio d'un centre pour 13'827 personnes. Le camp de Dagahaley, qui compte un centre pour 19'613 personnes, en est le plus éloigné. Il faudrait au minimum le double d'infrastructures à Dagahaley, deux infrastructures supplémentaires à Hagadera et

une à Ifo.

Le manque de personnel est également une problématique à laquelle le camp de Dadaab doit faire face. Le UNHCR recommande un médecin de clinique responsable pour 50'000 personnes au maximum⁷². Ce ratio n'étant pas atteint, le nombre de consultations est ainsi bien supérieur, comme c'est le cas à Dagahaley qui compte une moyenne de 60 consultations par jour par clinicien, soit dix de plus que la norme*.

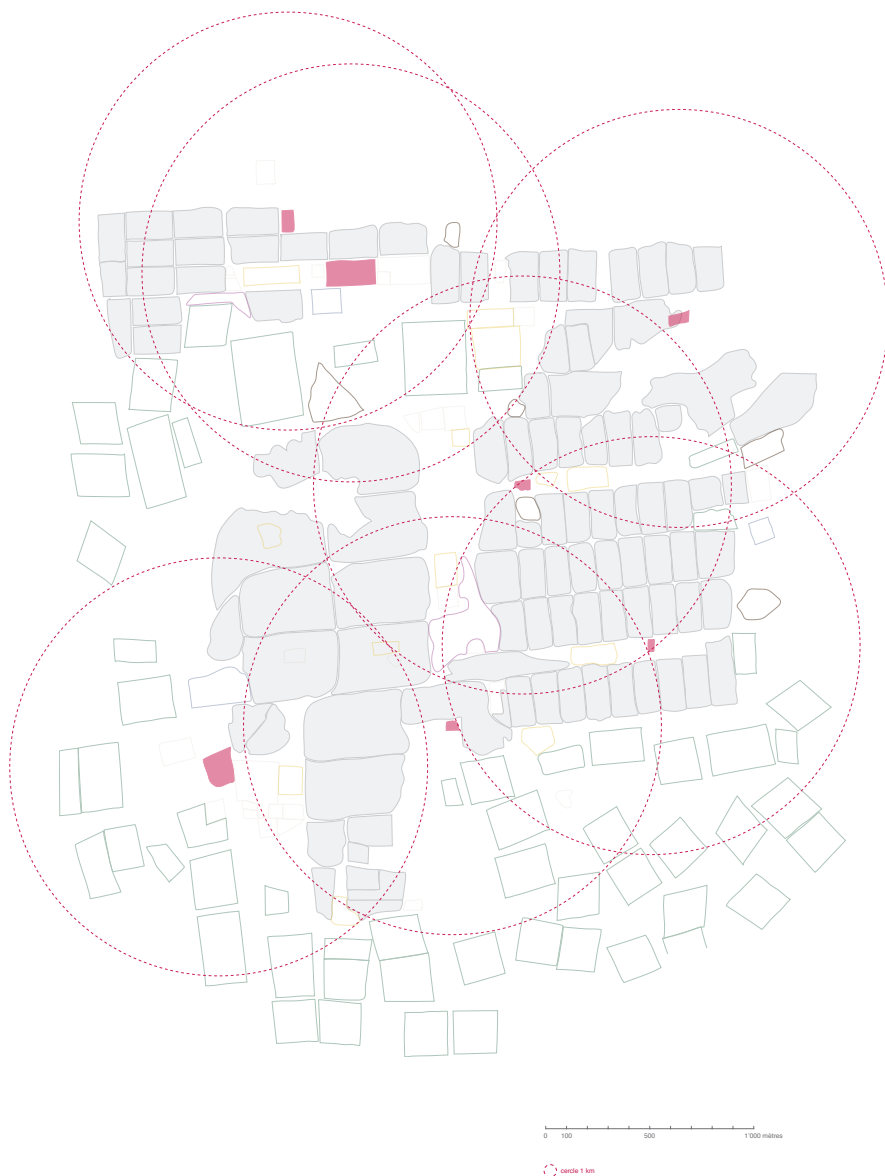
* norme du UNHCR

Les infrastructures à Ifo ⁷³

A Ifo, on recense deux grandes infrastructures de soins, situées toutes les deux en périphérie du camp. De plus petits dispensaires y sont répartis un peu partout. Les infrastructures les plus grandes sont proches d'autres services, tel que marchés, centres d'éducation ou de police.

Tous les foyers se trouvent presque dans un rayon inférieur à un kilomètre de chaque infrastructure. Toutefois, tous les centres de soins ne répondent pas de la même façon aux besoins. Certains sont plus grands que d'autres, les petits dispensaires ne pouvant offrir les mêmes prestations qu'un grand hôpital. Les foyers restent dans un rayon acceptable de déplacements de grosses infrastructures, les centres de soins primaires se trouvant presque tous à moins d'un kilomètre.

A Ifo, le domaine de la santé est géré par cinq organisations, ADEO, DRC, FilmAid, NCK et le UNHCR.



Les infrastructures à Dagahaley ⁷⁴



Le camp de Dagahaley présente un centre de soins bien plus important que les autres. Celui-ci est accompagné d'autres services tels que le marché et des centres d'éducation. Il est situé en périphérie, proche de la ceinture verte. D'autres petits centres de soins sont disponibles à l'intérieur du camp.

Les foyers se trouvent tous presque dans un rayon de moins d'un kilomètre des infrastructures de soins, mais ne sont pas proches de l'hôpital. Ils sont toutefois proches de plus petits centres qui prodiguent des soins primaires aux habitants.

Entre 2010 et 2013, Médecins Sans Frontière a commencé à planifier un nouveau centre de soins proposant plusieurs services, tels que pédiatrie, obstétrique ou nutrition. Le bâtiment devait comporter une partie ambulatoire et une partie destinée aux patients hospitalisés. Pour des raisons de sécurité, l'organisation a été contrainte d'abandonner le projet et de le transférer à une autre organisation.

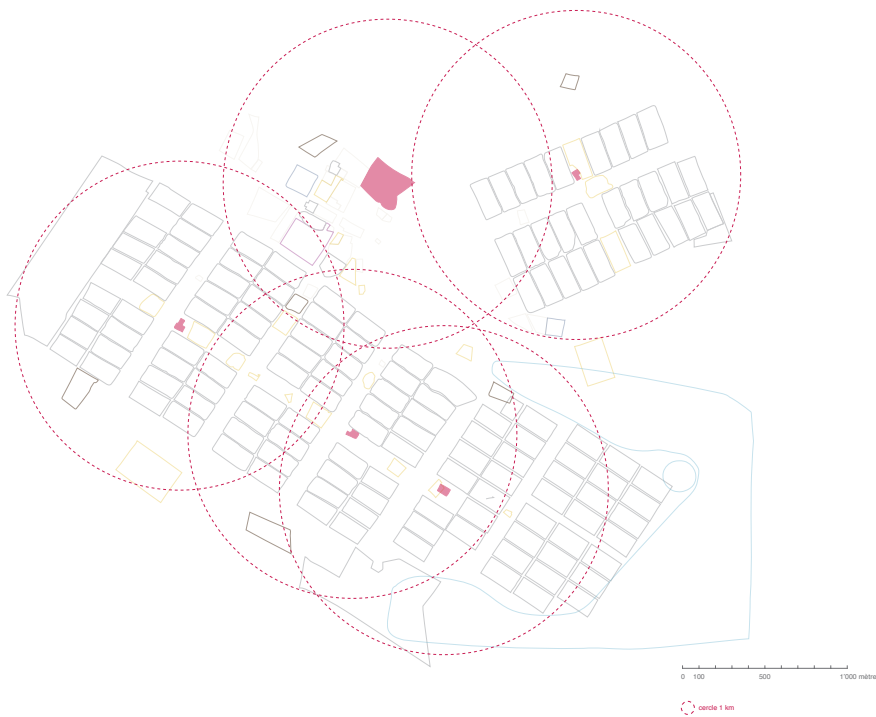
Le domaine de la santé y est également géré par cinq organisations, ADEO, FilmAid, IOM, NCKK et le UNHCR.

Les infrastructures à Hagadera ⁷⁵

Tout comme à Dagahaley, Hagadera est équipé d'un grand centre de soins, entouré d'autres services. De plus petits centres sont répartis dans le reste du camp.

Les foyers ne se trouvent pas tous dans un rayon d'un kilomètre de chaque centre, grand ou petit. Il est le seul des trois camps impliquant des déplacements pouvant être supérieur à un kilomètre pour les réfugiés.

Seules les organisations FilmAid, IRC, NCKK et le UNHCR sont actives dans le camp.



Notes

65 Dadaab Sub-County Hospital. <https://dadaab-subcounty-hospital.business.site/>

66 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.fr/actualites/fermeture-des-camps-de-dadaab-au-kenya-des-centaines-de-milliers-de-vies-en-suspens>

67 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/kenya-reponse-humanitaire-camps-dadaab-nest-plus-suffisante>

68 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/refugies-dadaab-au-kenya-enfermes-oublies-ils-lancent-appel-dignite>

69 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/refugies-dadaab-au-kenya-enfermes-oublies-ils-lancent-appel-dignite>

70 Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.ch/nos-actualites/articles/refugies-dadaab-au-kenya-enfermes-oublies-ils-lancent-appel-dignite>

71 UNHCR The UN Refugee Agency. <https://emergency.unhcr.org/entry/38924/primary-health-care-coverage-standard>

72 UNHCR The UN Refugee Agency. <https://emergency.unhcr.org/entry/38924/primary-health-care-coverage-standard>

73 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Ifo Camp Profile*

74 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Dagahaley Camp Profile*

75 Agence des Nations Unies pour les réfugiés. *Hagadera Camp Profile*

ALTERNATIVES

Les solutions

Pour pallier le manque d'infrastructures et d'offres, plusieurs alternatives sont possibles. Les deux principales sont celles d'augmenter la capacité et l'offre déjà existantes, notamment celles des plus petites structures, et en construire de nouvelles.

Les installations sanitaires doivent faire face à un afflux toujours plus important de réfugiés, comme les autres installations et le camp lui-même. Les centres de soins ont été construits et pensés comme temporaires, mais ils finissent par se pérenniser et doivent alors assurer les besoins d'une population qui ne répond plus seulement à l'urgence d'un camp.

Ce problème ne concerne pas uniquement le camp lui-même, mais également les populations locales. Si ces infrastructures doivent répondre à des besoins qualifiés de « quotidiens » plus que d'urgence, ceux-ci s'assimilent aux besoins des populations hôtes. Ainsi, une aide prévue qu'aux pensionnaires du camp se trouvant dans l'urgence ne se justifie plus. Lorsque la situation perdure au point d'atteindre plusieurs décennies, les besoins sanitaires s'assimilent aux besoins d'une population fixe, ce qui n'est pas le but premier des aides internationales d'urgence.

Avec le temps, les fonds alloués à l'état d'urgence diminuent. Certains donateurs refusent parfois de suppléer aux manquements d'un gouvernement, alors ils souhaitent venir en aide exclusivement à une population victime d'une crise récente.

Plusieurs alternatives sont possibles, trois en sont brièvement développées ci-après.

Première alternative

Une alternative, complètement temporaire, consisterait en la mise en place d'une installation ne servant qu'aux pensionnaires du camp et fermerait en même temps que celui-ci. Cette alternative accentuerait cependant la disparité avec les populations hôtes. En plus d'accueillir le camp, les indigènes devraient faire face à une injustice quant aux soins auxquels ils n'ont pas toujours accès mais qu'ils voient proches d'eux. Cela poserait à nouveau le problème des personnes préférant abandonner leur nationalité ou s'établir dans le camp pour avoir accès à ces services, problématique encore plus large qui n'œuvrerait pas en faveur d'une fermeture rapide du camp. Cette solution s'oppose, par ailleurs, aux principes du HCR qui préconise que les populations hôtes et les populations réfugiées doivent avoir accès aux mêmes services et prestations.⁷⁶

Deuxième alternative

Il serait possible d'établir une infrastructure qui servirait uniquement aux pensionnaires du camp, mais qu'une fois celui-ci fermé et démantelé, les bâtiments subsisteraient et seraient mis au profit de la population hôte, permettant de répondre pleinement aux besoins de nouveaux patients. L'installation deviendrait alors permanente et cette alternative permettrait aux ONG d'assurer aux donateurs que les premiers bénéficiaires de leurs dons sont les réfugiés. Toutefois, cette solution ne présente pas que des aspects positifs. En effet, construire sous les yeux des populations hôtes une infrastructure qui, sur le long terme leur serait destinée, mais à laquelle ils ne pourraient accéder avant le démantèlement du camp créerait un sentiment d'injustice d'autant plus sensible que la durée des camps n'est souvent pas celle prévue, restant en activité bien plus longtemps. C'est notamment le cas de Dadaab.

Troisième alternative

Une infrastructure et une organisation destinée à la fois aux populations hôtes et du camp serait un bon compromis. Les deux pourraient avoir accès à cette nouvelle construction, ce qui pallierait la disparité d'offre entre elles. Le centre assumerait des soins d'urgence pour les nouveaux arrivants du camp dans le besoin, mais également des soins pour les réfugiés présents depuis plus longtemps dont les besoins s'apparentent à ceux des indigènes, qui en profiteraient également. L'infrastructure servant à tous, les différentes organisations pourraient justifier une infrastructure plus importante et ainsi offrir tous les niveaux de soins existants, puisque le projet serait financé en partie par le pays hôte, les moyens seraient ainsi plus importants.

L'alternative choisie

Une infrastructure servant simultanément aux deux populations semble s'avérer comme le meilleur compromis. Les besoins que l'on retrouve à Dadaab devant traiter autant de cas d'urgence que quotidien, cette alternative s'avérerait une bonne solution dans une infrastructure mixte et pourrait être établie à cheval sur la limite du camp. Une partie serait destinée à la médecine pour les indigènes et la population établie depuis longtemps et l'autre partie dédiée à celle d'urgence pour les nouveaux arrivants.

Cette nouvelle infrastructure répondrait à l'ensemble des besoins de la population, ce qui nécessiterait un nombre important de personnel qualifié. Toutefois, le problème du manque de personnel ne sera pas pris en compte dans le présent travail, se concentrant uniquement sur l'élaboration du nouveau centre.

D'après les normes du HCR, un centre de soins primaire doit être disponible et répondre aux besoins de 10'000 personnes. Cette norme doit être respectée autant dans des situations d'urgence que sur le long terme. Il faut que l'emplacement de ce nouveau centre soit optimal.

Avant sa réalisation, il serait judicieux d'améliorer les centres déjà existants, même si ceux-ci ne peuvent répondre à tous les besoins, même après leur amélioration.

L'installation devra pouvoir répondre à l'ensemble des demandes, tenant compte également des médecines dites «traditionnelles». Pour éviter toute complication indésirable, des points de prévention et d'information devront s'en trouver proches. Il est primordial que les personnes optant pour ces médecines puissent bénéficier des soins les plus qualitatifs sans porter atteinte à leur intégrité.

La prévention est indispensable et doit toucher tous les domaines. Elle est le meilleur moyen de pallier de nombreux problèmes en assurant la liberté de chacun par le respect des droits humains, la question des contaminations et le respect d'autrui.

La santé mentale devra être prise en considération dans la réalisation de ce nouveau centre. Trop souvent laissé à l'écart, le domaine psychologique devra y avoir sa place. Un suivi qui ne pourra qu'être bénéfique pour tous, devra être dispensé à ces populations souffrant de situations traumatisantes et de stress et qui peuvent mener, par la suite, à différentes pathologies mentales.

Un espace relatif à la nutrition, plus spécifiquement la malnutrition, devra être prévu pour faire face au manque de nourriture touchant de nombreuses personnes. Des centres devront être créés pour soigner ces patients, mais également les renseigner par des informations simples et claires, compréhensibles par tous.

Les flux devront être gérés en veillant à ce que les différentes catégories de patients puissent cohabiter sereinement et dans une sécurité maximale au sein d'une même infrastructure. Les femmes, enfants et autres minorités, groupes les plus concernés par les agressions et les violences, justifient la séparation des flux hommes – femmes et majeurs – mineurs. De même, le personnel devra être protégé, car il est déjà arrivé à plusieurs reprises que des personnes travaillant dans les camps et dont le seul but est d'aider ces populations aient été enlevées ou visées par des attaques.

La réalisation

Une nouvelle infrastructure, en partie permanente, doit tenir compte des matériaux et techniques de construction locaux, plus adaptés sur différents aspects, dont la résistance sur le long terme. Elle sera réalisée en collaboration avec du personnel indigène qui en bénéficiera par la suite. Le savoir-faire local permet une meilleure adéquation au climat et créer un sentiment d'appartenance et d'intégration plus aisément.

Le bâtiment hospitalier doit être capable de résister aux différents aléas, tant naturels qu'humains. Lors d'une crise, naturelle ou non, le système de soins est crucial, c'est un des premiers domaines à être impliqué dans la réponse à donner. Face à tous les blessés qu'elle doit accueillir, l'installation doit offrir une résistance suffisante pour que son fonctionnement ne soit pas entravé.

Le camp de Dadaab comptant plusieurs zones inondables, ces centres de soins doivent être conçus en conséquence, comme par une surélévation des bâtiments.

Hormis les risques naturels, les infrastructures doivent pouvoir résister aux risques humains, tels que soulèvement de population ou attaques de personnes. Dans le but de garantir la sécurité de tous, elle doit être un lieu de refuge et d'abri sécurisé.

Dans le cas d'une construction à vocation mixte, soit à la fois temporaire et permanente, une attention particulière doit être portée à la partie permanente pour que celle-ci soit accueillante, agréable et induise un sentiment de sécurité. Quant à la partie éphémère, elle ne doit pas offrir un aspect provisoire trop important, ce qui pourrait donner aux patients un sentiment de précarité.

L'organisation interne

Un bâtiment judicieusement conçu ne peut se résumer en une simple addition de locaux reliés par des espaces de circulation. La disposition des différents secteurs doit être minutieusement réfléchie, ce qui est tout à fait possible en dehors des situations d'urgence.

A l'intérieur, les services complémentaires, tels que maternité, soins néonataux et pédiatriques, doivent assurer une proximité. En revanche, il est essentiel de séparer strictement les services non-complémentaires, comme le traitement de maladies contagieuses avec ceux des patients au système immunitaire déficient.

Pour des raisons de sécurité, l'ensemble des services doit être séparé entre hommes et femmes, ce qui pourra conduire à une division totale de l'infrastructure, à savoir deux identités distinctes. Tous les locaux et espaces de circulation doivent être complètement séparés avec la possibilité d'être fermés en cas de nécessité, et être conçus pour accueillir tous les patients.

Les flux de personnes, notamment les groupes de populations devant s'éviter, vont influencer fortement le plan de l'infrastructure. Il doit être facilité par une signalisation claire et logique, permettant à tous les patients, même illettrés, de s'orienter à l'intérieur du centre.

Ils doivent également être maintenus totalement isolés, hermétiques et stériles, notamment les salles d'opération et salles d'accouchement, lesquelles doivent aussi offrir des conditions sanitaires et d'insonorisation optimales.

Le déplacement de patients n'étant pas toujours aisé, la question de la hauteur du bâtiment et des circulations verticales est cruciale. Si le bâtiment comporte plusieurs étages, il doit être structurellement

résistant, mais doit également permettre de se déplacer aisément, dans toutes les conditions et sans encombre. Des patients stables et sans danger peuvent, pour diverses raisons, soudainement voir leur état de santé s'aggraver, il n'est alors pas envisageable de se retrouver face à l'impossibilité de les déplacer faute de circulations verticales adéquates.

L'hospitalisation de certains patients nécessitant des traitements plus ou moins importants doit être possible, le nombre de lits disponibles devant être suffisant. Pour respecter le confort et l'intimité de tous, le nombre de patients par chambre doit être limité le plus possible, ce qui permet un contrôle sanitaire plus efficace sur différents risques, en premier lieu la contagion.

L'accueil et l'arrivée des patients requiert une attention particulière. En effet, tous ne peuvent arriver au même endroit. Un tri doit être fait, soit en amont du centre, soit dans le centre. Les patients nécessitant des soins plus urgents doivent pouvoir être dirigés vers les unités adéquates et traités rapidement. Les patients en danger doivent, eux, être mis en sécurité au plus vite. Il est primordial, comme pour les flux, d'éviter que des groupes à risques ne se côtoient dans des espaces qui n'étant pas aptes à les protéger d'éventuelles altercations. L'accueil des patients doit se faire dans le respect et l'écoute, certains ne pouvant décrire leurs maux et les traumatismes des expériences passées devant être pris en compte.

Le plan de l'infrastructure doit prendre en compte les services ne relevant pas directement de la santé, à savoir des espaces liés au personnel et au quotidien des patients. Le personnel doit avoir accès aux lieux de repos, mais également aux vestiaires et cuisines, toilettes et autres locaux. Il n'est pas impératif mais préférable que le personnel les occupant n'aient pas à les partager avec les patients.

Il est également recommandé de prévoir des espaces extérieurs de détente sécurisés, évitant que les patients déjà vulnérables

n'aient le sentiment de ne plus être protégés.

Pour permettre aux patients de se nourrir dans de bonnes conditions, il faut prévoir des espaces de préparation et de stockage en plus du programme luttant contre la malnutrition. Il est recommandé de les mettre dans un endroit réservé, fermé pour assurer leur conservation et éviter des odeurs désagréables, le mieux étant de les situer au niveau du sol. Il est fréquent que ce soient les familles qui s'occupent de la nourriture des patients, mais dans une situation de pauvreté comme celle des camps, il est préférable que les patients soient nourris dans les centres de soins.

Des espaces dédiés aux familles proches doivent également être prévus. Il est fréquent que des patients viennent à l'hôpital accompagnés de leur famille. Ceci s'explique par les distances importantes qu'ils doivent parfois parcourir. Puisque ceci est courant, il n'est pas impossible que ce schéma se reproduise, même pour des populations proches, il faut alors prévoir des installations, comme des toilettes et des points d'eau, pour ces personnes.

Ce nouveau centre devant pallier les manques du camp et répondre à des besoins sur le long terme, plusieurs niveaux de soins doivent y être installés, tels que des services spécialisés comme l'ophtalmologie ou l'oncologie.

Relevant de plusieurs niveaux de soins et de plusieurs services, le bâtiment doit être équipé d'appareils relatifs aux différents services, à savoir des appareils de radiologie ou des appareils de dialyse.

Le confort et la sécurité sanitaire doivent faire l'objet d'une attention particulière, évitant des atmosphères trop chaudes, trop froides, trop sèches ou trop humides, ce qui favoriserait la propagation de certaines pathologies ou en aggraverait d'autres. La ventilation doit être particulièrement efficace, elle est un élément clé au bon fonctionnement de l'infrastructure.

Pour prévenir tout risque sanitaire, le système d'évacuation des déchets doit être minutieusement réfléchi. Répartis régulièrement, des espaces de récupération des déchets sécurisés doivent être accessibles. Ils doivent ensuite être acheminé de façon sécurisée et sanitaire vers des dépôts plus importants en vue d'une élimination à plus grande échelle. Un espace extérieur protégé est à prévoir pour entreposer ces déchets.

Le bâtiment doit être pourvu d'espaces de consultation et d'espaces d'attente. Les espaces d'attentes peuvent être extérieurs, mais ils doivent être protégé, que ce soit du soleil, des intempéries ou d'autres facteurs sécuritaires.

Notes

76 Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés,
Manuel des situations d'urgence

CONCLUSION



La dualité entre les populations réfugiées et les populations hôtes est présente dans tous les domaines et à toutes les étapes de la réalisation d'un camp. La disparité d'accès aux services en est la cause principale. Toutefois, les deux populations font face à un manque d'offres. Dans le complexe de Dadaab, aucun des trois camps, Ifo, Hagadera et Dagahaley, ne répond à la norme minimale du HCR d'une infrastructure de soins pour 10'000 personnes. Il est alors primordial que cette insuffisance soit palliée. Plusieurs alternatives sont possibles, dont celle de construire une nouvelle infrastructure. Il est bien évidemment conseillé de commencer par améliorer celles sur place, intervention souvent plus rapide et moins coûteuse.

L'établissement d'une nouvelle infrastructure de soins doit prendre en compte cette dualité et cette disparité. Les deux populations doivent être au cœur de ces préoccupations, et il est préférable d'avoir une réponse qui leur est commune.

Le domaine des soins est un domaine nécessaire au quotidien et primordial. Après plusieurs années de présence dans les camps, les pensionnaires des camps développent des besoins similaires à des populations établies. Dès lors, il est envisageable de réaliser une infrastructure qui puisse être accessible à tous.

Devant accueillir tous types de patients, ce nouveau centre peut se permettre d'être de taille conséquente et atteindre un niveau tertiaire de soins. Les différents espaces et la circulation doivent être pensés pour permettre à tous d'y vivre serein et en sécurité.

Remerciements

Tout d'abord je tiens à remercier mon Professeur d'énoncé théorique, Dr Yves Pedrazzini, pour son temps et son implication tout au long du semestre. Ses connaissances m'ont été d'une grande aide.

Je remercie également Dr André Ullal, mon Maître EPFL, pour ses connaissances, sa disponibilité et son aide lors de cet énoncé théorique.

J'adresse un remerciement particulier à Mme Nadia Carlevaro, M. Paul Cabrera, M. Ivan Vuarambon et toutes les personnes avec lesquelles j'ai pu échanger pour le temps qu'ils m'ont accordé lors de nos différents entretiens. Leurs connaissances et les informations qu'ils m'ont transmises ont fortement contribué à l'élaboration de ce travail.

Je remercie mes ami.e.s pour les nombreuses heures passées ensemble, des matinales aux plus tardives, à discuter de nos énoncés et qui m'ont fortement aidés dans la rédaction de ce mémoire, et ce dès ses prémices. Je suis très reconnaissante envers ma famille pour les échanges sur le sujet, me donnant leur avis qui ont tous été plus intéressants et riches les uns que les autres. Je remercie spécialement mon grand-père, Papicha, et ma maman pour leurs relectures assidues de ce travail. J'ai également une pensée particulière pour mon grand-père paternel avec qui j'aurais aimé pouvoir échanger sur ce travail et qui aurait certainement apprécié le lire.

RÉFÉRENCES

Bibliographie

Entretiens

Entretien avec M. Ivan Vuarambon. Genève. 9 novembre 2022.

Entretien avec Mme Nadia Carlevaro. Lausanne. 24 novembre 2022.

Entretien avec M. Paul Cabrera. Zoom. 19 décembre 2022.

Livres

Betts Alexandre et Collier Paul. *Refuge, Transforming a Broken Refugee System*. Allen Lanen: 2017. Caprez Andrea et Schuler

Christoph. *Out of Somalia, Dagahaley - un camp de réfugiés au Kenya*. Atar Roto Presse SA: 2012.

Egoz Shelley, Makhzoumi Jala et Pungetti Gloria. *The Right to Landscape: Contesting Landscape and Human Rights*. Ashgate Publishing Limited: 2011.

Herz Manuel. *From Camp to City, Refugee Camps of the Western Sahara*. Lars Müller Publishers: 2013.

Le Petit Larousse Illustré. Larousse: 2010.

Zweig Peter Jay et Borden Peter. *City of Refugees: A Real Utopia*. Applied Research & Design: 2020.

Documents

Byanyima Winnie. *Directrice exécutive de l'ONUSIDA - Discours*. ONUSIDA: 2019.

Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Tendances*

Mondiales, déplacement forcé en 2021. 2022.

HCR Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*. 2021.

Médecins Sans Frontières. *The Priorities - Check-Lists, Indicators, Standards*. 2019.

Organisation Mondiale de la Santé. *Déclaration d'Alma-Ata*. 1978.

The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*. The UN Refugee Agency. 2014.

The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*. The UN Refugee Agency. 2014.

The UN Refugee Agency. *Hagadera Camp Profile*. The UN Refugee Agency. 2014.

UNCHR The UN Refugee Agency. *Convention et Protocole relatif au statut des réfugiés*. 1951 et 1967.

UNCHR The UN Refugee Agency. *Improving Maternal Care in Dadaab Refugee camps, Kenya*. Field Brief. 2010.

UNHABITAT for a better urban future. *Dadaab Future Vision, Enhancing Self Reliance for Refugees and Hosting Communities in Garissa*. 2022.

UNHABITAT. *Dadaab spatial profile*. 2021.

UNHCR Shelter and Settlement Section. *Settlement folio, Planned settlement chapter*. 2016.

UNHCR The UN Refugee Agency. *Guide de poche pour les intervenants dans des situations d'urgence*. 2017.

UNHCR The UN Refugee Agency. *Principes et directives du HCR pour la référence sanitaire des réfugiés et autres bénéficiaires*. 2009.

UNHCR The UN Refugee Agency. *UNHCR's Essential Medicines and Medical Supplies - Policy and Guidance 2013*. 2013.

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees - Division of Programme Support and Management. *Global Strategy for Public Health, Public Health - HIV and reproductive Health - food Security and Nutrition Water, Sanitation and Hygiene (WaSH)*. 2014.

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees - Division of Programme Support and Management. *Global Strategy for Settlement and Shelter*. 2014.

UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees. *Handbook for Emergencies*. 2007

Sites internet

Africanews. «Kenya : l'interdiction des mutilations génitales féminines confirmée». <https://fr.africanews.com/2021/03/17kenya-l-interdiction-des-mutilations-genitales-feminines-confirmer/>

BBC News - Afrique. «Tout savoir sur les mutilations génitales féminines». <https://www.bbc.com/afrique/region-49682094>

Dadaab Sub-County Hospital. <https://dadaab-subcounty-hospital.business.site/>

Département fédéral des affaires étrangères DFAE. <https://www.eda.admin.ch/eda/fr/dfae/representations-et-conseils-pour-les-voyages/kenya/conseils-pour-les-voyages-kenya.html>

Emergency Medicine Kenya Foundation. «PROJECT 47 | Emergency Care in 47 Counties». <https://www.emergencymedicinekenya.org/project47/>

France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères. «Présentation du Kenya». <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/kenya/presentation-du-kenya/>

France Diplomatie - Ministère de l'Europe et des Affaires Etrangères. «Présentation de la Somalie». <https://www.diplomatie.gouv.fr/fr/dossiers-pays/somalie/presentation-de-la-somalie/>

Info Migrants. «Kenya : vers une fermeture du camp de réfugiés de Dadaab». <https://www.infomigrants.net/fr/post/31091/kenya--vers-une-fermeture-du-camp-de-refugies-de-dadaab>

Médecins Sans Frontières. <https://msf.hk/en>

Médecins Sans Frontières. <https://www.msf.fr/>

Nations Unies. <https://www.un.org/fr/>

OCHA Service - Reliefweb. <https://reliefweb.int/>

Operational Data Portal - Refugee Situations. <https://data.unhcr.org/en/situations>

Perspective monde. «Somalie». <https://perspective.usherbrooke.ca/bilan/servlet/BMHistoriquePays?codePays=SOM>

PopulationData.net. «Kenya». <https://www.populationdata.net/pays/kenya/>

RFI. «Kenya: annonce de la fermeture du camp de réfugiés de Dadaab». <https://www.rfi.fr/fr/afrique/20190218-kenya-annonce-fermeture-camp-refugies-dadaab-onu-hcr>

RTN. «Kenya: la justice annule la fermeture du camp de réfugiés de Dadaab». <https://www.rtn.ch/rtn/Actualite/Monde/20170209-Kenya-la-justice-annule-la-fermeture-du-camp-de-refugies-de-Dadaab.html>

RTS. «Le Kenya va fermer deux des plus grands camps de réfugiés au monde». <https://www.rts.ch/info/monde/12699440-le-kenya-va->

fermer-deux-des-plus-grands-camps-de-refugies-au-monde.html

Sphere of Influence. «What the Closure of the Dadaab and Kakuma Refugee Camps Means for Residents». <https://spheresofinfluence.ca/what-the-closure-of-the-dadaab-and-kakuma-refugee-camps-means-for-residents/>

Talk Africana. «Top 7 Largest Refugee Camps In Africa». <https://talkafricana.com/top-7-largest-refugee-camps-in-africa/>. 2017.

The Guardian. «Insecurity rises in Dadaab as Kenya reveals plans to 'round up' urban Somali refugees». <https://www.theguardian.com/global-development/2013/jan/25/insecurity-dadaab-refugees-kenya-somali>. 2013.

UNHCR L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/>

UNHCR The UN Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/>

USA for the UNHCR The Un Refugee Agency. <https://www.unrefugees.org/>

VOA Afrique. «Le camp de réfugiés de Dadaab au Kenya fermera peut-être en novembre». <https://www.voaafrique.com/a/le-camp-de-refugies-de-dadaab-au-kenya-fermera-peut-etre-en-novembre/3356013.html>. 2016.

VOA Afrique. «MSF Warns of Measles, Cholera Outbreaks at Kenya Refugee Complex». <https://www.voanews.com/a/msf-warns-of-measles-cholera-outbreaks-at-kenya-refugee-complex/6808090.html>. 2022.

ZAKENYA. http://www.zakenya.com/health_facility_tag/dadaab-health-facilities.html

Documentaire

FRANCE 24. «Dadaab: Growing up in the world's largest refugee camp». <https://www.youtube.com/watch?v=LE6H0GGWrq8>. 2017.

Iconographie

Les réfugiés dans le monde:

Illustration 1: © Deutsche Welle. <https://www.dw.com/en/refugee-camps-not-designed-for-refugees/a-16293384>

Illustration 2: données issues de Données Mondiales. <https://www.donneesmondiales.com/alliances/ONU-nations-unies.php>

Illustration 3: données issues des Nations Unies. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>

Illustration 4: données issues du PDF du UNHCR *Appel global 2011 du HCR (actualisation) - Etats parties à la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et/ou à son Protocole de 1967*.

Illustration 5: © UNHCR The UN Refugee Agency. *Convention et Protocole relatifs au statut des réfugiés*.

Illustration 6: données issues du UNHCR The UN Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=hYUoA8>

Illustration 7: données issues du UNHCR The UN Refugee Agency <https://www.unhcr.org/refugee-statistics/download/?url=4db2aB>

Illustration 8: données issues du UNHCR L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>

Illustration 9: données issues du UNHCR L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>

Illustration 10: données issues du UNHCR L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés. <https://www.unhcr.org/fr/aperçu-statistique.html>

Illustration 11: données issues du livre de Zweig Peter Jay et Borden Peter. *City of Refugees: A Real Utopia*

Illustration 12: données issues du livre de Zweig Peter Jay et Borden Peter. *City of Refugees: A Real Utopia*

Illustration 13: image libre de droit. Ahmed Akacha. <https://www.pexels.com/fr-fr/photo/rue-sale-dehors-zone-6463398/>

Les camps de réfugiés:

Illustration 14: données issues du HCR Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*.

Illustration 15: données issues du HCR Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*.

Illustration 16: © UNHCR United Nations High Commissioner for Refugees. *Handbook for Emergencies*.

Illustration 17: données issues du HCR Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*.

Illustration 18: données issues du HCR Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. *Manuel des situations d'urgence*.

L'Afrique:

Illustration 19: données issues du livre de Zweig Peter Jay et Borden Peter. *City of Refugees: A Real Utopia*

Illustration 20: redessin © UNHABITAT. *Dadaab spatial profile*.

Illustration 21: données issues du The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile, Dagahaley Camp Profile et Hagadera Camp Profile*.

Illustration 22: © IOM/UNHCR/Brendan Bannon. <https://news.un.org/>

en/story/2013/05/441072

Illustration 23: © GIZ Kenia. *<https://www.deutschland.de/fr/topic/politique/refugies-et-coronavirus-le-travail-mene-par-la-giz-dans-un-camp-de-refugies-au>*

Illustration 24: redessin. Google Maps. *<https://www.google.ch/maps/@0.155431,40.251065,10.9z>*

Illustration 25: données issues du Operational Data Portal - Refugee Situations. *<https://data.unhcr.org/en/country/ken/794>*

Les camps de Dadaab:

Illustration 26: © Tony Karumba/AFP/Getty Images. *<https://www.theguardian.com/global-development-professionals-network/2016/feb/01/dadaab-somalia-home-cannot-leave-refugees>*

Illustration 27: redessin. The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 28: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 29: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 30: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 31: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 32: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 33: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 34: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo*

Camp Profile

Illustration 35: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 36: redessin. The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 37: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 38: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 39: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 40: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 41: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 42: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 43: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 44: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 45: données issues de The UN Refugee Agency. *Dagahaley Camp Profile*

Illustration 46: redessin. The UN Refugee Agency. *Hagadera Camp Profile*

Illustration 47: données issues de The UN Refugee Agency. *Hagadera Camp Profile*

Illustration 48: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Illustration 49: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Illustration 50: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Illustration 51: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Illustration 52: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Le domaine médical:

Illustration 53: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Illustration 54: © HCR/Areez Tanbeen Rahman. <https://www.unhcr.org/fr/news/stories/2019/7/5d3806c7a/vies-sauvees-vaste-camp-refugies-monde.html>

Illustration 55: © HNN TEAM. <https://www.healthynewbornnetwork.org/blog/dissemination-of-newborn-humanitarian-guide-in-dadaab-garissa-county-kenya/>

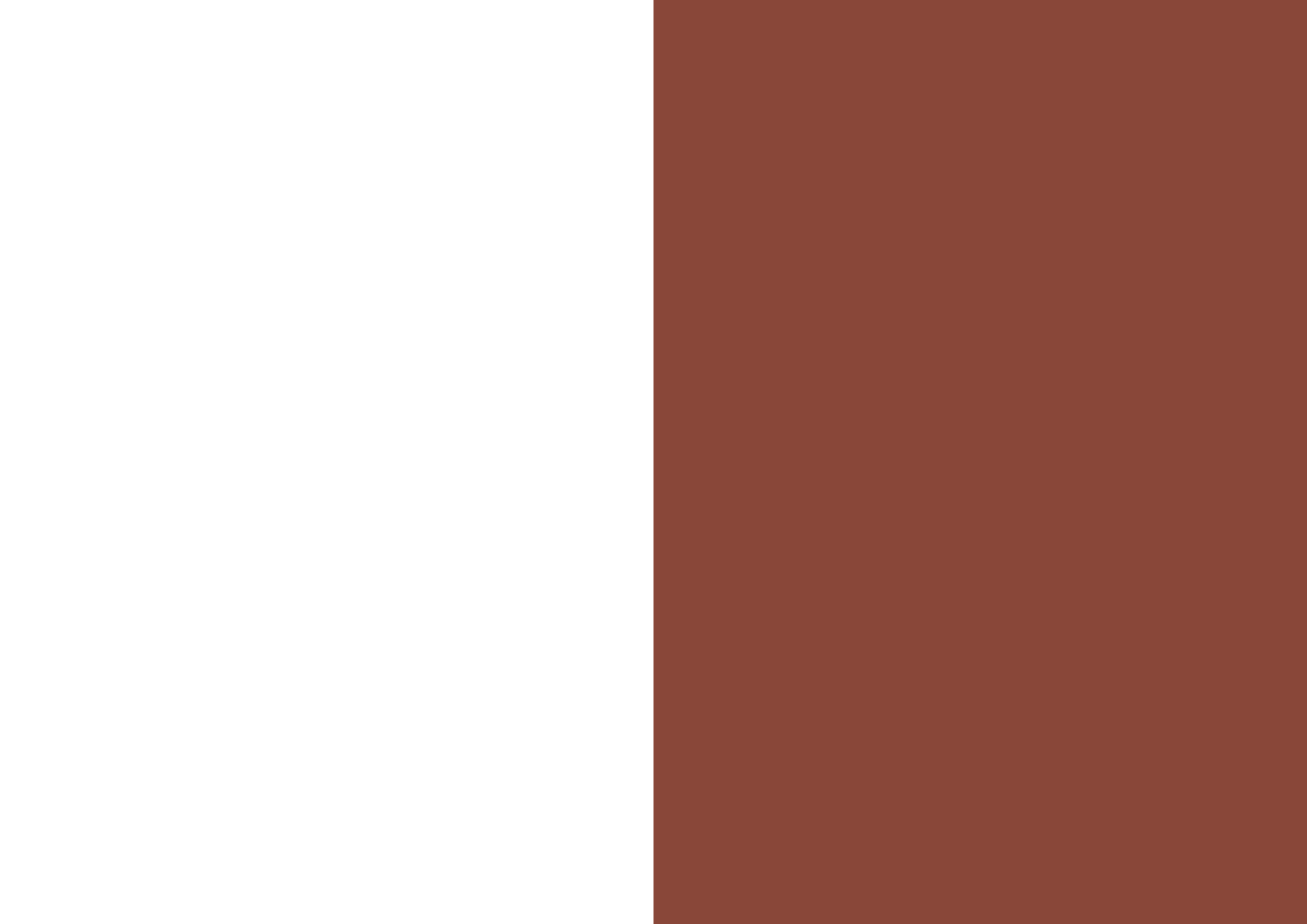
Illustration 56: données issues de The UN Refugee Agency. *Ifo Camp Profile*

Illustration 57: données issues de The UN Refugee Agency.
Dagahaley Camp Profile

Illustration 58: données issues de The UN Refugee Agency.
Hagadera Camp Profile

Conclusion:

Illustration 59: © UNHCR The UN Refugee Agency. <https://www.unhcr.org/innovation/why-i-call-dadaab-home/>



MASTER ARCHITECTURE 2022 - 2023 / ENAC

Énoncé Théorique

École Polytechnique Fédérale de Lausanne

Sous la direction de:

M. Yves Pedrazzini - Professeur de suivi d'Énoncé Théorique

M. Corentin Fivet - Directeur Pédagogique

M. André Ullal - Maître EPFL