



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



138^e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., ÉUA, 19-23 juin 2006

Point 7.3 de l'ordre du jour provisoire

CE138/27 (Fr.)

23 mai 2006

ORIGINAL: ANGLAIS

RAPPORT D'ACTIVITÉ SUR LA PRÉPARATION ET LA RÉPONSE AUX DÉSASTRES EN MATIÈRE DE SANTÉ AU NIVEAU NATIONAL ET RÉGIONAL

Depuis que le Conseil directeur a institué le Domaine de la Préparation des opérations d'urgence et des secours aux catastrophes il y a exactement 30 ans, les pays ont réalisé de grands progrès dans la réduction de l'impact des situations d'urgence et des catastrophes sur les établissements sanitaires, grâce au soutien permanent des ministères de la santé. Ce thème est désormais l'une des Onze fonctions essentielles de santé publique reconnues en 2001 par les organes directeurs. Presque tous les ministères disposent d'un service ou d'une unité stable de gestion des catastrophes. Dans la plupart des pays, ce service ou cette unité bénéficie d'un soutien politique solide, dispose d'une structure permanente, ainsi que d'un effectif minimum de personnel spécialisé à temps complet, possède un budget limité mais défini, a directement accès au plus haut niveau du processus décisionnel et, enfin, a la responsabilité de couvrir tous les types de catastrophes (multi-risques), tout en collaborant avec les autres secteurs. Dans certains pays néanmoins, l'unité de gestion des catastrophes a été négligée en périodes de grandes catastrophes en raison de l'absence de soutien politique préalable.

Des tendances de plus en plus marquées se dessinent concernant la formation et l'élaboration des documents didactiques multimédia au niveau national au lieu du niveau régional. Les multiples documents réalisés par des ressortissants sont diffusés à l'échelle régionale par le biais du Centre d'information régional sur les catastrophes (CRID), qui est soutenu par l'OPS/OMS. L'Organisation s'efforce graduellement de lancer de nouveaux thèmes ou de publier des documents d'intérêt régional de plus grande ampleur. Les pays ont aussi largement contribué au système de gestion de l'aide humanitaire (SUMA) à travers le Système de logistique interinstitutions (LSS), qui est en train de devenir un outil plurisectoriel d'intérêt mondial.

Une des grandes faiblesses des pays de la Région est l'intérêt souvent limité porté aux dangers imminents ou saisonniers. L'état de préparation des États Membres à la pandémie de grippe est un exemple et un indicateur de ces faiblesses actuelles.

L'OPS/OMS a pris un certain nombre de mesures pour renforcer le mécanisme de réponse régional des établissements sanitaires, à la demande du Conseil directeur, mais elle est aussi en train de prendre en compte l'évolution du contexte international qui révèle de plus en plus la nécessité d'une réponse mondiale massive aux catastrophes fort visibles. Le présent document se propose de compléter le renforcement de l'équipe d'intervention régionale de l'OPS/OMS à l'aide des ressources des principales institutions de l'Amérique latine et des Caraïbes qui possèdent l'expertise et les moyens de partager la responsabilité de la prestation de services sanitaires d'urgence. L'approbation et le soutien des Organes directeurs sont une condition préalable à cette approche complémentaire et à la sollicitation d'un accord officiel.

TABLE DES MATIÈRES

	<i>Page</i>
Présentation générale	3
Institutionnalisation d'un service/unité de gestion des catastrophes au sein du ministère de la Santé	5
Formation/renforcement des capacités	6
Publications techniques, lignes directrices et normes	7
Réduction de la vulnérabilité des établissements sanitaires : protéger les hôpitaux	7
Défis	8
La pandémie de grippe : un cas particulier	10
Mécanisme de réponse régional.....	10
Contraintes et approches stratégiques.....	11
Progrès réalisés à ce jour.....	12
Étapes suivantes	13
Financement du mécanisme de réponse régional.....	13
Durabilité de l'effort OPS/OMS	14
Intervention du Comité exécutif	14

Présentation générale

1. La Région des Amériques a tout un passé de vulnérabilité aux grandes catastrophes naturelles. Rares sont les pays qui sont entièrement épargnés du risque de catastrophes naturelles causées par des séismes, des éruptions volcaniques ou des phénomènes climatiques (comme le prouve la saison des cyclones destructeurs de 2005 dans les Caraïbes et aux États-Unis d'Amérique). La Région a aussi un long passé de troubles ou de conflits qui ont créé de grands déplacements de population et qui ont affecté la santé publique. Bien que l'Amérique latine et les Caraïbes n'aient pas connu de grand accident chimique de l'ampleur de Bhopal, en Inde, le risque d'une telle catastrophe est de plus en plus vraisemblable.

2. Si les risques de catastrophes existent depuis des siècles, ce n'est que dans les années 1970 que le secteur de la santé des pays d'Amérique latine et des Caraïbes a reconnu que les plans d'organisation en cas de catastrophe était une priorité. En 1976, suite au tremblement de terre du Guatemala (23.000 morts), le Conseil directeur a adopté une résolution novatrice, CD26.R11 "pour demander au directeur d'instituer... un service de gestion de catastrophes...", chargeant le directeur de l'OPS d'établir une unité pour aider les ministères de la Santé à se préparer à intervenir en cas de catastrophe.

3. Cependant, accepter la nature inévitable des catastrophes ne suffisait pas. En 1985, la destruction de l'hôpital Juarez lors du tremblement de terre qui s'est produit à Mexico a sensibilisé tardivement les États Membres à la nécessité de mesures d'atténuation et si possible de prévention de la destruction des établissements sanitaires quand ils sont les plus nécessaires.

4. Enfin, les cyclones Mitch et Georges, qui ont retardé le développement des pays affectés de l'Amérique centrale et des Caraïbes, en 1998, ont aidé à convaincre les États Membres d'incorporer "*la réduction de l'impact des situations d'urgence et des catastrophes sur la santé*" en tant que l'une des Onze fonctions essentielles de santé publique (EPHF) des ministères de la Santé.

5. Le soutien continu des ministères de la Santé a permis aux Amériques de jouer un rôle de premier plan, au niveau mondial, dans la gestion des opérations sanitaires en cas de catastrophe. Toutefois, des progrès restent à faire. Le tsunami récent qui a affecté 12 pays de l'Asie du Sud en décembre 2004 et le tremblement de terre du Pakistan en 2005 ont illustré les nombreux défis nouveaux auxquels se heurtent les autorités sanitaires, suite non seulement à une tragédie de grande échelle mais aussi à l'afflux d'aides écrasantes et non coordonnées.¹ C'est le moment opportun pour l'OPS/OMS et les ministères de la Santé de réfléchir à leurs accomplissements collectifs ainsi qu'à leurs

¹ Dans son Rapport de 2004 sur les catastrophes, le Mouvement de la Croix rouge qualifie l'aide humanitaire d'"industrie déréglémentée la plus importante du monde"

faiblesses et d'apporter les modifications nécessaires afin de poursuivre leur rôle de leader dans ce domaine.

6. Le présent rapport d'activité, qui est soumis 30 ans après la création du Programme de plans d'organisation en cas de catastrophe par le Conseil directeur, s'appuie sur la connaissance des conditions nationales par le personnel de l'OPS/OMS, la visite d'un consultant principal dans certains pays, ainsi que sur les résultats de deux enquêtes :

- Une enquête de 2001 pour mesurer la performance des États Membres dans le cadre de l'initiative des fonctions essentielles de santé publique (EPHF). Les résultats ont été publiés en 2002² par l'OPS/OMS, les Centres américains pour la lutte et la prévention des maladies (CDC) et le *Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas de Salud* (CLAISS) ;
- Une questionnaire de 2006, mis en circulation par le domaine de la Préparation des opérations d'urgence et des secours aux catastrophes,³ auquel 32 pays de l'Amérique latine et des Caraïbes ont répondu. Les résultats détaillés figurent dans le Document CE138/27 Add. 1.

7. Le présent rapport est conforme à la Résolution CD46.R14 qui stipule que *"le directeur de l'OPS soumette un rapport au 47^{ème} Conseil directeur concernant les progrès réalisés"* :

- a) par les États Membres en accordant la priorité à *"la réduction de la vulnérabilité de leurs populations et établissements sanitaires et au renforcement des mécanismes de préparation et d'intervention en cas de catastrophes majeures,"* ainsi que
- b) par l'OPS en *"établissant un mécanisme régional pour intervenir immédiatement en cas de catastrophe."*

8. Le présent rapport traitera ces deux points séparément.

9. D'autres informations sur l'avancement des progrès techniques pour réduire le risque de catastrophe figurent dans le Document CE138/27 Add. 1.

² *Public Health in the Americas: conceptual renewal, performance assessment, and bases for action*
Publication scientifique et technique de l'OPS No 589

<http://www.campusvirtualsp.org/eng/pub/PublicHealthAmericas/index.html>

³ l'OMS prévoit dans un futur proche une enquête exhaustive auprès de tous ses États Membres sur leurs plans d'organisation pour répondre aux catastrophes.

Institutionnalisation d'un service/unité de gestion des catastrophes au sein du ministère de la santé

10. Depuis la création du programme en 1976, l'établissement officiel d'une unité ou d'un bureau de gestion des catastrophes au niveau de chaque ministère de la Santé est le premier objectif de l'OPS et il constitue un indicateur de succès. Pour être efficace, cette unité doit répondre à certains critères :

- Des attributions allant de la prévention/atténuation à la coordination de l'intervention pour répondre à tous les types de situations d'urgence majeures ;
- Un personnel spécialisé se consacrant à cette mission à temps complet, ainsi qu'un poste budgétaire ;
- L'unité a directement accès et collabore directement avec le niveau décisionnel du ministère ;
- Vaste rayon d'action intersectoriel.

11. A l'heure actuelle, 24 (75%) des 32 pays d'Amérique latine et des Caraïbes qui ont répondu au questionnaire de 2006 ont officiellement institutionnalisé un programme et un bureau de réduction des catastrophes. Dans six pays, la fonction est confiée à un autre programme ou individu. Deux pays seulement ne disposent pas d'un point de coordination ou d'une autre forme d'arrangement ponctuel.

12. La plupart des bureaux ou unités sont dotés d'un personnel modeste. Seuls sept des 32 pays ont un poste budgétaire spécifique pour l'organisation des opérations de santé en cas de catastrophe. Les autres financent leurs activités par des arrangements ponctuels, ce qui les met dans une situation précaire et vulnérable. L'OPS et l'OMS suivent de près cette situation par des enquêtes périodiques sur l'état des plans d'organisation des États Membres pour répondre aux situations d'urgence.

13. L'accès convenable aux décideurs a été amélioré et il est maintenant rare de constater que ces bureaux sont oubliés au sein d'un département technique. Dans 15 pays, ce programme est rattaché au Cabinet du Ministre ou au Bureau du Directeur général.

14. Dans les 32 pays, cette unité maintient des liens et des contacts actifs avec les institutions chargés de l'ensemble des activités de gestion et de réduction des catastrophes (protection civile ou organisation similaire). La coopération avec les autres acteurs n'appartenant pas au secteur de la santé, dont le soutien, la collaboration et/ou les informations sont indispensables pour réduire l'impact des catastrophes sur les établissements de santé varie : 16 (50%) des programmes de réduction de l'impact des catastrophes sur les établissements de santé ont des rapports avec le ministère des Affaires étrangères et les sociétés nationales de la Croix rouge, alors que seulement cinq

d'entre eux collaborent avec les universités ; un nombre encore plus petit collaborent avec les organisations non gouvernementales internationales (ONG).

Formation/renforcement des capacités

15. Les États Membres disposent maintenant d'au moins un petit groupe de professionnels possédant de l'expérience de la gestion des catastrophes. L'ampleur des activités de formation mises en œuvre par le ministère de la Santé est vraiment remarquable. Parmi les thèmes les mieux couverts, il convient de citer les plans hospitaliers en cas de catastrophe et la gestion des multitudes de victimes (en particulier dans les Caraïbes), l'évaluation des dégâts et des besoins et la surveillance épidémiologique. Les efforts de formation déployés au niveau national et sous-national ont contribué à la consolidation d'une masse critique de travailleurs sanitaires au courant des principes de réduction des catastrophes. Il s'agit d'un grand progrès par rapport au début, quand presque toutes les activités de formation étaient effectuées par l'OPS/OMS. Les partenariats avec les universités et les associations professionnelles sont toujours modestes, bien qu'en voie d'expansion dans la Région. Par leur participation active, les autres institutions/secteurs possédant de l'expertise et étant vivement concernées par cette question ont sensibilisé davantage les multiples acteurs clés. La plupart des universités ont intégré un aspect ou un autre des plans d'organisation en cas de catastrophe dans leurs établissements de santé ; cependant, rares sont celles qui ont mis au point des cours sur la réponse aux catastrophes.

16. Au niveau régional, depuis l'an 2000 11 cours LIDERES (formation des leaders) ont eu lieu aux Amériques pour améliorer les compétences, en matière de réduction des risques de catastrophe sur les établissements de santé, d'un large éventail de professionnels de haut niveau appartenant à de nombreux secteurs. Ces cours ont pu être enseignés grâce au soutien des États Membres qui ont fourni des animateurs et un réseau d'universités qui ont joué un rôle primordial dans l'organisation d'une instruction de haute qualité. Le programme LIDERES s'est attiré le soutien grandissant d'institutions partenaires, comme l'UNICEF et la Fédération internationale de la Croix rouge (IFRC). Des pays d'Amérique latine et des Caraïbes fournissent maintenant une expertise par le biais d'un réseau d'experts nationaux, comme le Groupe consultatif d'atténuation des catastrophes (DiMAG)⁴ et les centres de collaboration du Chili et de Sao Paulo.⁵

⁴ DiMAG est un groupe informel d'experts d'Amérique latine et des Caraïbes qui s'engagent volontairement à apporter un soutien aux gouvernements et à l'OPS/OMS sous la forme de recommandations indépendantes pour atténuer les catastrophes.

⁵ Chili – Centre de collaboration OPS/OMS pour l'atténuation de l'impact des catastrophes sur les établissements hospitaliers; Sao Paulo – Centre de collaboration de l'OPS/OMS pour les plans de préparation aux catastrophes dans les Amériques.

Publications techniques, lignes directrices et normes

17. Le nombre de publications techniques, de lignes directrices ou normes élaborées ou adaptées au *niveau national* s'accroît rapidement.

18. La contribution de l'OPS/OMS est maintenant de compiler la connaissance accumulée par les pays et de produire un document scientifique sur des thèmes nouveaux ou très spécialisés d'intérêt général, ce qui est une approche efficace par rapport à son coût. Des exemples récents de cette contribution sont la publication *Management of Dead Bodies in Disaster Situations*,⁶ guide inséparable de la publication *Protecting Mental Health in Disaster and Emergency Situations*, la nouvelle version de *Hospital Planning for Disasters* (planification des services hospitaliers en cas de catastrophe), des documents étoffés et mis à jour sur l'eau potable et l'assainissement, ainsi qu'une série de publications sur la protection des hôpitaux. Les priorités futures se concentreront sur l'addition de normes et de lignes directrices pratiques (manuel pratique) à ces documents conceptuels pour répondre aux besoins exprimés par les États Membres.

19. Un dispositif est en place pour répertorier, numériser et disséminer les documents scientifiques réalisés par les pays. Le Centre d'information sur les catastrophes (CRID) qui se trouve dans des installations offertes par le Costa Rica, est géré conjointement par la Stratégie internationale pour la réduction de catastrophes (ISDR) et l'OPS. Les pays sont en train peu à peu de développer leur propre capacité de gestion et de dissémination des informations. CANDHI, réseau régional de centres d'informations sanitaires en cas de catastrophe, a été lancé avec le soutien de la Bibliothèque nationale de médecine (NLM) des Etats-Unis. Plus de 25.000 obtentions de réponse pertinente ont été enregistrées sur les sites Web de ces centres d'information nationaux qui bénéficient du soutien de la NLM et de bailleurs de fonds de l'Union européenne. Une initiative similaire dans les pays andins en est à la phase de planification. Elle atteste la capacité des pays à avoir accès aux informations électroniques. Cependant, la préférence est toujours accordée aux documents imprimés.⁷

Réduction de la vulnérabilité des établissements sanitaires : protéger les hôpitaux

20. En 2005, les Organes directeurs (CD46.R14) ont demandé aux États Membres d'accorder la priorité à la "réduction de la vulnérabilité de leurs populations et établissements sanitaires et au renforcement des mécanismes de préparation et d'intervention en cas de situations d'urgence majeures."

21. D'après les estimations, plus de la moitié des établissements hospitaliers de l'Amérique latine et des Caraïbes se trouvent dans des zones sujettes à des catastrophes

⁶ Réalisée conjointement avec le Comité international de la Croix rouge (ICRC) et la Fédération internationale des sociétés de la Croix rouge (IFRC).

⁷ Enquête réalisée par l'OPS/OMS en 2004.

naturelles et ne sont pas sûrs. Cette situation n'est pas spécifique à la Région ; le tsunami et les tremblements de terre qui ont eu lieu en Inde (Gujarat), en Iran (Bam) et au Pakistan ont aussi sérieusement affecté les infrastructures sanitaires. Les codes du bâtiment des établissements sanitaires devraient non seulement garantir la survie du personnel et des patients, mais aussi être suffisamment rigoureux pour permettre aux établissements de poursuivre leurs activités.

22. La destruction en 1985 de l'hôpital Juarez à Mexico et la mort de 561 patients et membres du personnel ont incité la Région à lancer une campagne de sensibilisation massive pour renforcer la sécurité structurale et non structurale des établissements sanitaires. Cette préoccupation, au départ une question d'ordre régional, s'est transformée en une priorité mondiale en janvier 2005, le "cadre d'action 2005-2015 de Hyogo", découlant de la deuxième Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles qui s'est tenue à Kobe, au Japon, et a inclus un indicateur spécifique sur la réduction de la vulnérabilité dans le secteur de la santé.

23. Pour s'assurer que les hôpitaux sont bien protégés, il faut disposer du ferme soutien des autres secteurs, ainsi que d'un engagement financier important. La protection des hôpitaux doit être une priorité d'État, non une priorité sectorielle. Malheureusement, l'engagement politique est souvent absent, étant donné que les fonds affectés à cet objet demeurent excessivement faibles en comparaison des besoins. Des indicateurs pour suivre les fonds affectés à la protection des établissements hospitaliers, le nombre des analyses sur vulnérabilité structurale des établissements hospitaliers et le nombre des établissements consolidés seront inclus dans des enquêtes nationales périodiques qui sont effectuées conjointement avec l'OMS. L'OPS/OMS fait partie de plusieurs groupes d'étude et institutions, tels que la Stratégie internationale sur la réduction des catastrophes (ISDR) et le ProVention Consortium, qui s'efforcent de faire valoir l'importance essentielle de réduire le risque de destruction des établissements hospitaliers.

Défis

24. Comme le cyclone Katrina l'a clairement illustré, il existe des possibilités d'amélioration dans les pays de la Région. Les États Membres doivent relever plusieurs défis :

- Les ressources humaines et financières affectées à l'Unité de gestion des catastrophes doivent être renforcées afin de porter la sensibilisation et la préparation aux catastrophes au niveau attendu des populations. De plus grands efforts sont nécessaires pour mettre en œuvre la Résolution CD46.R14 qui exhorte les États Membres à "continuer d'accorder la priorité à l'allocation de ressources financières" destinées à cette fin.

- Le Soutien Politique Apporté Aux Activités De Préparation, Dans La Plupart Des Pays, Devra Être Élargi Pour Permettre D'intervenir En Période De Crises Majeures. Parfois, Au Lendemain De Catastrophes De Grande Ampleur, Les Conséquences Qui Peuvent Résulter Du Point De Vue Politique Portent Les Décideurs À Laisser À L'écart Les Coordinateurs Formés À La Gestion Des Catastrophes.
- Les Efforts De Plans D'organisation Nationaux Doivent Être Égalés Au Niveau Des Gouvernements Provinciaux Ou Locaux. Les Coordinateurs Nationaux Devront De Plus En Plus Jouer Un Rôle Normatif Et De Soutien. Les Interventions Directes Mal Coordonnées Pour Répondre Aux Situations D'urgence Affaiblissent Souvent Les Institutions Locales.⁸
- Une Plus Grande Attention Est Requise Pour Assurer La Continuité Et Le Professionnalisme. La Rotation Rapide Du Personnel Primordial, Souvent Avec Chaque Remaniement Des Autorités, Demeure Un Problème Systémique. La Continuité S'impose En Raison De La Nature Très Caractéristique De La Gestion Des Catastrophes, Du Besoin Impératif D'expérience Préalable Dans La Gestion Des Situations D'urgence Et Du Besoin De Sites Web Pour Assurer La Coordination Avec Les Contacts Extérieurs. Cette Continuité Ne Pourra Être Accomplie Que Si La Gestion Des Catastrophes Est Considérée Comme Un Poste Spécialisé, Requéant Que Les Candidats Aient Reçu L'éducation Requise À Cet Effet Et Soient Sélectionnés Par Examen Compétitif.
- Des Ressources Devront Être Affectées Aux Plans D'organisation Pour Répondre À Des Catastrophes Qui Se Produisent Rarement, Et Les Responsabilités Devront Être Confiées À Des Personnes Qualifiées. Les Programmes Tendent En Général À Se Concentrer De Manière Disproportionnée Sur La Gestion Des Situations D'urgence Saisonnières Courantes. En Fait, Ces Catastrophes Sont Un Fardeau Énorme Pour La Population Et Les Autorités De Santé ; Elles Surviennent Aussi Là Où Les Pressions Du Public Sont Le Plus Ressenties. Cependant, Leur Impact Sur La Santé Publique Est Relativement Limité Et Relativement Bien Contrôlé. En Conséquence, Un Intérêt Insuffisamment Soutenu Est Accordé Aux Grandes Catastrophes Peu Fréquentes, Mais Historiquement Inévitables, Comme Les Séismes, Les Éruptions Volcaniques Et Autres.
- Enfin, les programmes nationaux des Amériques devront s'adapter à l'environnement humanitaire international en évolution rapide. Ce point sera abordé à la section suivante.

⁸ Le même problème a été observé au niveau international quand une réponse tend à remplacer plutôt que soutenir l'effort national.

La pandémie de grippe : un cas particulier

25. La menace d'une pandémie met en évidence les rôles complémentaires des experts en maladies contagieuses et gestionnaires de catastrophes. La prévention de la transmission, un système d'alerte immédiate, la conduite de diagnostics en laboratoire, les protocoles de traitement et la gestion générale des cas nécessitent l'expertise d'épidémiologistes, de vétérinaires et autres spécialistes de la santé, pas les compétences particulières de coordinateurs de la gestion de catastrophes. Néanmoins, au cas où surviendrait une pandémie particulièrement meurtrière, elle deviendrait alors une catastrophe du point de vue socioéconomique, politique et sanitaire, compte tenu particulièrement des craintes que l'on a fait naître chez les populations et de l'absence de mesures de prévention et de traitement efficaces. C'est à ce niveau que l'expertise des unités de gestion des catastrophes sous la tutelle des ministères de la Santé, de l'OPS et de l'OMS sera indispensable. Un certain nombre de pays négligent sans doute l'impact éventuellement catastrophique d'une pandémie étant donné que les experts de la santé nationale se concentrent trop souvent principalement sur les protocoles de diagnostic et de traitement et sous-estiment le chaos qu'une grippe fortement virulente et infectieuse provoquerait dans la société.

26. Certains pays ne savent pas quelle est l'institution nationale qui devrait assurer la gestion d'une pandémie : la santé, l'agriculture ou la protection civile/gestion de catastrophes. Il s'agit là d'un dilemme théorique, étant donné que la solution est différente pour chaque phase de la pandémie : l'agriculture devra prendre la direction pendant la phase 3 actuelle ; la responsabilité primordiale devra revenir au ministère de la Santé pendant les phases 4 et 5 quand la transmission d'humain à humain se déclarera et que les autorités intersectorielles de gestion de catastrophes devront prendre la direction à la phase 6 (pandémie active).

Mécanisme de réponse immédiate

27. En 2005, les organes directeurs (CD46.R14) ont demandé à *"la Directrice de l'OPS de prêter un appui supplémentaire aux Etats Membres en mettant en place un mécanisme régional de réponse immédiate."*

28. Depuis que le cyclone tropical David a dévasté la Dominique en 1979, l'OPS/OMS a maintenu une équipe de réponse aux catastrophes pour évaluer les besoins et intervenir rapidement dans les Caraïbes. Cette équipe a été en état d'alerte chaque année pendant la saison des cyclones tropicaux et a répondu avec efficacité. Sa capacité d'intervention après un séisme majeur n'a pas pu être testée.

29. Un mécanisme de réponse régional aura le même objectif, à savoir d'aider le ministère de la Santé à évaluer les dégâts et les besoins d'urgence en matière de santé et d'informer la communauté humanitaire en conséquence, alerter immédiatement sur les

menaces possibles à l'égard de la santé publique, formuler les priorités de santé publique et offrir des recommandations et des conseils aux acteurs extérieurs au secteur de la santé. En outre, le mécanisme permettra à l'OMS d'exécuter son rôle d'institution principale de l'ONU et de "prestataire de dernier ressort" pour venir au soutien du groupe spécial de la santé.⁹

Contraintes et approches stratégiques

30. Dans les petits pays, l'intervention en cas de cyclones tropicaux n'exige généralement pas un grand nombre d'experts. Ceci n'est toutefois pas le cas pour les catastrophes de grande envergure avec une énorme réponse internationale englobant des centaines d'ONG, des contingents civils et militaires bilatéraux et de grandes équipes émanant des agences de l'ONU. A titre d'exemple, les ministères de la Santé ont été débordés (lorsqu'ils n'étaient pas laissés à l'écart) durant la réponse aux catastrophes d'Asie. La plupart des intervenants ont négligé les directives techniques de l'OMS sur des questions comme les hôpitaux mobiles, et la plupart des acteurs, y compris l'OMS, se sont heurtés à des difficultés considérables quand il s'est agi de mobiliser un nombre suffisant d'experts bien au courant du pays et de la dynamique des catastrophes naturelles. Dans cette Région, SUMA, le Système de gestion de l'aide humanitaire, a vécu une expérience similaire. Au cours des 15 dernières années, l'OMS/OPS, avec l'appui de la Fondation qui gère SUMA, une ONG spécialisée, a formé plus de 3000 bénévoles SUMA à cette tâche spécifique ; néanmoins, la mobilisation d'une équipe de 15-20 volontaires très peu de temps à l'avance est toujours difficile.

31. Pour répondre aux catastrophes de grande envergure dans la Région, une approche stratégique en deux temps s'impose :

- a) Composition d'une équipe OPS/OMS pour des interventions sanitaires en cas de catastrophe, composée de membres du personnel OPS/OMS, de consultants, de conseillers et de personnel détaché fourni par d'autres bailleurs de fonds.¹⁰ Dans ce premier temps, l'OPS/OMS traitera avec des experts individuels.

⁹ En 2005, le Comité permanent inter-institutions (IASC) sur les affaires humanitaires a formulé le concept de groupe spécial des acteurs et activités humanitaires sous la direction et la coordination d'une agence désignée. L'OMS est l'institution sous la direction de laquelle le groupe spécial de la santé est placé. L'exécution directe d'activités en qualité de "prestataire de services de dernier ressort" se limitera à celles pour lesquelles l'OPS/OMS a un avantage comparatif précis. Un système d'alerte immédiate est un exemple positif, tandis que la réparation et la reconstruction des établissements sanitaires ne le sont pas).

¹⁰ Au lendemain de catastrophes majeures survenues dans d'autres régions, les bailleurs de fonds ont fait preuve d'une grande volonté à détacher du personnel clé aux mécanismes de réponse de l'ONU, souvent une option pratique de dernier ressort, compte tenu des grandes difficultés à attirer avec un préavis très court des experts de haut niveau pendant des semaines ou des mois. Les pays en développement de la Région ont été sous-représentés et n'ont pas eu l'occasion d'acquérir de l'expérience dans ce domaine.

- b) Un mécanisme inter-pays qui mobilise la solidarité généreuse des pays voisins et de la Région dans son ensemble. Cette phase consistera à fournir, de manière coordonnée, un nombre important d'experts qui viendront s'ajouter à l'équipe mobilisée pendant la première étape. A cette fin, l'OPS/OMS sera en rapport avec les ministères de la Santé, de la Protection civile et autres institutions primordiales de la région principalement. Cette deuxième phase sera tout particulièrement importante dans les catastrophes majeures pour lesquelles de grands contingents de ressources humaines peuvent s'avérer nécessaires pour une tâche unique.

Progrès réalisés à ce jour

32. Au cours des 12 derniers mois, des progrès ont été réalisés pour ce qui est de la préparation des opérations pendant la première phase. Un petit nombre d'individus ont été identifiés et formés et des procédures opérationnelles standard sont en train d'être distribuées au niveau interne pour examen. L'Organisation est l'une des rares institutions qui n'imputent pas de dépenses de soutien aux programmes sur les fonds hors budget reçus pour les situations d'urgence.

33. Des mécanismes de coordination sont également en place. Le Groupe d'étude de l'OPS sur les catastrophes, établi après Mitch, a été renforcé et un Centre des opérations d'urgence (EOC) sera équipé et établi au siège de l'OPS. Cet EOC collaborera étroitement avec l'EOC établi au niveau du ministère de la Santé du pays affecté. Il aidera également l'OPS à mieux remplir sa fonction de coordination à l'appui du mécanisme de réponse interaméricain par sa facilité d'accès pour les réunions de coordination des efforts en cas de catastrophe organisées par l'Organisation des Etats américains (OEA).

34. Enfin, une restructuration interne est en train d'avoir lieu au niveau du Domaine de la Préparation des opérations d'urgence et des secours aux catastrophes. La responsabilité opérationnelle du mécanisme de réponse régional est en train d'être transférée du siège au bureau OPS/OMS à Panama, où un nombre grandissant d'agences humanitaires et de l'ONU ont un siège régional (UNICEF, Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA), l'Unité d'intervention panaméricaine en cas de catastrophe de l'IFRC, l'ISDR, etc.). Il sera de plus en plus fait appel au siège de l'OPS et à l'OMS pour assurer un rôle de soutien, à mesure que les fonctions essentielles de gestion et de coordination des informations (rapports de situation, communication aux bailleurs, site Web) seront exécutées aussi près que possible du lieu de la catastrophe.

Étapes suivantes

35. Au niveau administratif, les efforts doivent être accrus pour faciliter le recrutement rapide d'experts (assurance, documents de voyage, etc.) et l'obtention d'aides humanitaires. Des changements appropriés au Manuel OMS/OPS devront aussi être apportés prochainement.

36. Pour les catastrophes de grande ampleur, il sera nécessaire de faire appel officiellement à l'aide des institutions des Etats Membres. Il est proposé que les Etats Membres (en particulier ceux qui ont besoin de mieux se préparer eux-mêmes¹¹) aident l'OPS/OMS à repérer les institutions qui pourraient conclure des accords officiels pour assumer une responsabilité partielle ou la responsabilité totale de l'exécution d'une tâche ou d'une fonction donnée. Etant donné que ces tâches et fonctions exigent des compétences sanitaires ainsi que l'apport d'un soutien d'ordre général (technologie et gestion de l'information, communications, logistique, etc.), les institutions nationales n'appartenant pas au secteur de la santé pourront aussi apporter une aide précieuse. Cette aide variera en fonction de l'ampleur de la catastrophe.

37. Pour continuer dans cette voie, il faudra obtenir l'autorisation officielle des Organes directeurs. Sans le ferme engagement politique des Etats Membres et sans l'existence de procédures administratives souples, un mécanisme de réponse vraiment régional a peu de chance de réussir.

Financement du mécanisme de réponse régional

38. L'élaboration du mécanisme de réponse régional et le renforcement de la capacité d'impulsion de l'Organisation seront une activité de préparation financée par des programmes du budget ordinaire ou hors budget. Pour répondre aux situations d'urgence, il n'est pas possible d'attendre que les fonds soient mobilisés ; la réponse doit commencer immédiatement après une catastrophe. Quand un soutien régional d'ordre technique s'impose, la rapidité d'intervention est essentielle.

39. Les sources de financement suivantes seront requises :

- a) Des avances du Fonds de secours d'urgence aux catastrophes (PD), créé en 1976 pour mobiliser le mécanisme de réponse immédiate : Le Fonds PD ne doit avancer de l'argent que conformément aux annonces d'engagement financier des bailleurs. Au cours de la dernière décennie, le coût annuel moyen des activités de secours a été légèrement supérieur à 3,5 millions de dollars EU. Au cours des deux dernières années, les activités de secours ont atteint 11,3 millions de dollars.

¹¹ Un avantage parallèle mais extrêmement important pour les pays de l'Amérique latine et des Caraïbes est l'aspect de la préparation aux catastrophes dans la formation à dispenser à l'Equipe d'intervention sanitaire en cas de catastrophe, ainsi que l'aspect de l'expérience acquise pendant l'intervention.

Le Fonds PD, la seule source de financement immédiat, a été doté d'un capital de 400.000 dollars dans les premières années de sa création. Ces fonds PD ont permis de répondre immédiatement à des catastrophes, mais vu l'ampleur croissante des opérations, ce Fonds est toujours insuffisant pour entamer toutes les interventions nécessaires sur le terrain pour aider les Etats Membres. Trente ans plus tard, il est maintenant recommandé d'accroître le capital du Fonds à 1 million de dollars en sollicitant des sources internes et externes de financement.

- b) Une aide en nature par les Etats Membres : ce soutien pourrait être assuré en couvrant le coût du personnel que les Etats Membres mettent à la disposition du mécanisme de réponse régional. Il est respectueusement demandé aux Organes directeur de donner son approbation.
- (c) Des fonds hors budget fournis par la communauté internationale à rembourser.

Durabilité de l'effort OPS/OMS

40. Pendant des décennies, les résultats obtenus à l'échelon régional ont été rendus possibles par les contributions hors budget généreuses de nombreux gouvernements. Cependant, cette situation est précaire. Allant dans le sens de la recommandation de renforcement par les Etats Membres de leur engagement financier à leurs *propres* programmes, les activités régionales de base nécessaires à cette fonction de santé publique indispensable seront incorporées au budget ordinaire de l'Organisation.

Intervention du Comité exécutif

41. Il est demandé au comité exécutif de :
- a) constater le présent rapport sur les progrès des plans d'organisation et d'intervention d'échelle nationale et régionale au niveau du secteur de la santé en cas de catastrophe.
 - b) Inviter les États Membres à approuver le mécanisme de réponse régional du secteur de la santé en mettant à disposition des ressources humaines et financières ; à rassembler systématiquement et régulièrement des données à l'aide de formats standardisés qui permettront de suivre les progrès des préparatifs en cas de catastrophe et de réduction des risques à l'échelon national et régional et, enfin, d'apporter un soutien financier, comme il est spécifié dans le rapport d'activité, pour accroître le Fonds de secours d'urgence de l'OPS/OMS.