Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/11**
Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire **13 avril 2017**

Coordination des personnels de santé dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires

Rapport du Secrétariat

1. Le présent rapport décrit le travail entrepris par l'OMS aux niveaux mondial, régional et national pour améliorer la coordination des interventions dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires. Une coordination étroite de l'action de tous les intervenants sanitaires en situation d'urgence, mais aussi de la collaboration avec les acteurs d'autres secteurs, est indispensable pour garantir la prévisibilité, la cohérence et l'efficacité des opérations d'urgence. L'amélioration de la coordination repose en grande partie sur la mobilisation des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, regroupant des intervenants nationaux et internationaux venant de divers réseaux et partenariats, dont le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le Groupe sectoriel mondial pour la santé, les équipes médicales d'urgence, les partenaires en attente au titre d'accords dits de « standby » et d'autres membres du Comité permanent interorganisations.

2. Le présent rapport décrit les mesures prises par l'OMS pour renforcer la coordination interne des interventions d'urgence aux trois niveaux de l'Organisation, ainsi que la coordination externe avec les partenaires intervenant dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires. Une version précédente a été étudiée par le Conseil exécutif à sa cent quarantième session en janvier 2017.[1]

3. L'histoire récente montre que le monde n'est pas pleinement préparé pour prévenir les urgences sanitaires de grande ampleur, les détecter et y répondre. Chaque année, l'OMS assure la surveillance de plus de 160 événements de santé publique ; de janvier à octobre 2016, elle est intervenue dans des situations d'urgence dans 47 pays (voir le rapport complémentaire du Secrétariat sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur).[2] Les deux dernières décennies ont été marquées par des flambées majeures, dues à des maladies émergentes[3] ou à des maladies « traditionnelles » à tendance épidémique.[4] À l'échelle mondiale, on estime que 130 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire. Par ailleurs, plus de 200 millions de personnes sont

[1] Document EB140/10 ; voir aussi les procès-verbaux de la cent quarantième session du Conseil exécutif, deuxième séance, section 3, et quatrième séance (en anglais seulement).

[2] Document EB140/7.

[3] Comme le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS), l'infection par le virus de la grippe aviaire A(H5N1), le virus grippal A(H1N1) ou le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), la maladie à virus Ebola et la maladie à virus Zika.

[4] Comme la fièvre jaune, le choléra, la méningite et la rougeole.

frappées chaque année par des catastrophes naturelles ou technologiques. Il est donc plus urgent que jamais de renforcer la coordination entre les différents acteurs participant aux activités de préparation et de riposte aux urgences sanitaires.

COORDINATION ENTRE LES TROIS NIVEAUX DE L'OMS

4. Suite à la demande formulée par le Conseil exécutif lors de sa session extraordinaire sur l'épidémie d'Ebola en janvier 2015,[1] et conformément à de nombreuses recommandations issues de la série d'évaluations réalisées pendant et après la crise d'Ebola en Afrique de l'Ouest, l'OMS a entrepris une réforme de fond de son mode d'action dans les situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires. En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a salué les progrès accomplis dans l'élaboration du nouveau Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire.[2]

5. Le Programme a été conçu et établi pour gérer l'action de l'OMS en matière de prévention, de préparation, de riposte et de relèvement rapide dans les situations d'urgence, quelle que soit la nature du danger (notamment maladies infectieuses, catastrophes naturelles et conflits sociaux). Harmonisé aux trois niveaux de l'OMS, le Programme possède désormais une structure commune reflétant les principales fonctions de l'OMS dans la gestion des risques en situation d'urgence : gestion des risques infectieux ; préparation des pays (au titre du Règlement sanitaire international (2005) ; informations sur les urgences sanitaires et évaluation des risques ; opérations d'urgence ; et gestion et administration. Dans les 12 à 18 prochains mois, tous les aspects du Programme seront rendus opérationnels et les partenariats et les réseaux existants seront optimisés pour tirer parti des capacités d'intervention sanitaire d'urgence de tout le système. Ces efforts ont déjà commencé à porter leurs fruits.

6. Des modes opératoires normalisés sont en cours d'élaboration pour garantir la cohérence des approches adoptées dans l'ensemble du Programme en matière d'information sur les urgences sanitaires, d'évaluation des risques, de classification des événements et d'action d'urgence. L'OMS s'emploie à renforcer la gestion de ses opérations d'urgence par l'adoption et l'institutionnalisation d'un système de gestion des incidents – une approche fondée sur les meilleures pratiques qui est désormais adoptée par un nombre croissant d'organismes d'intervention d'urgence et de santé publique dans le monde. Dans le cadre de ce système, les fonctions critiques de gestion des situations d'urgence relèvent des pays, avec l'appui d'équipes au niveau régional et au Siège qui assurent une supervision et un soutien technique et opérationnel.

7. La riposte à la flambée de maladie à virus Zika a démontré que cette nouvelle approche s'appliquait de manière efficace à des événements touchant plusieurs pays et plusieurs Régions. Après avoir déclaré, le 22 janvier 2016, que la flambée de Zika constituait une urgence de niveau 2, l'OMS a rapidement mis en place un système de gestion des incidents à l'échelle de toute l'Organisation pour appuyer les efforts déployés par l'Organisation panaméricaine de la Santé/le Bureau régional OMS pour les Amériques et coordonner la riposte mondiale. La structure cohérente de ce système, à tous les niveaux de l'Organisation, a permis d'améliorer les communications, l'échange d'informations et l'harmonisation des priorités. Dans la semaine qui a suivi la déclaration de cette urgence, US $2,6 millions ont été débloqués du fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence, facilitant la mise en œuvre de mesures essentielles de riposte rapide dans la Région des Amériques. À la mi-février 2016, l'OMS avait publié 16 documents provisoires d'orientation technique sur le

[1] Voir la résolution EBSS3.R1 (2015).

[2] Voir la décision WHA69(9) (2016) et les documents A69/30 et A69/61.

virus Zika. En étroite collaboration avec les partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, ainsi qu'avec le Comité permanent interorganisations et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, l'équipe de planification de la gestion des incidents a dirigé l'élaboration d'un plan stratégique de riposte mondiale et d'un plan opérationnel commun, mobilisant les partenaires aux niveaux régional et mondial. Des équipes de gestion des incidents ont été établies dans d'autres Régions pour renforcer la coordination des activités de riposte. Outre une proactivité accrue des communications, cette approche a permis un renforcement de la riposte opérationnelle et du soutien apporté aux pays, et a conforté le rôle directeur de l'OMS à l'échelle mondiale.

8. Un cadre biennal des résultats du Programme a été établi pour mieux aligner et intégrer la planification, la budgétisation et la mise en œuvre des activités aux trois niveaux de l'Organisation, ainsi que pour définir clairement les chaînes de responsabilité. Ce cadre sera utilisé pour suivre les progrès réalisés au regard d'objectifs de coordination spécifiques, en définissant les résultats mesurables à obtenir en collaboration avec les pays et les partenaires. En outre, les capacités en ressources humaines du Programme sont en train d'être renforcées par la mobilisation d'effectifs supplémentaires dans différents bureaux et l'établissement de listes de personnels mobilisables en situation d'urgence, appartenant au non au Programme, pour combler les déficits de compétence et améliorer l'interopérabilité.

COORDINATION AU NIVEAU MONDIAL

Comité permanent interorganisations

9. Le Comité permanent interorganisations, principal mécanisme de coordination interinstitutionnelle en matière d'assistance humanitaire, est un forum regroupant la plupart des partenaires clés de l'action humanitaire, affiliés ou non aux Nations Unies. L'OMS participe activement aux activités des principaux organes relevant du Comité, notamment : le groupe des directeurs d'organisations, chargé d'établir les priorités et stratégies mondiales pour l'action humanitaire collective, au sein duquel l'Organisation est représentée par le Directeur général ; le groupe de directeurs des programmes d'aide d'urgence, qui traite des questions et des priorités d'ordre opérationnel au niveau des pays ; et le groupe de travail responsable de l'élaboration des politiques et des orientations interinstitutionnelles.

10. Le Comité permanent interorganisations est déjà doté de protocoles et de processus clairs de coordination et d'intervention collective pour les situations de conflit ou les catastrophes naturelles de grande ampleur exigeant une mobilisation à l'échelle du système entier (urgences dites de « niveau 3 »). Il n'existe pas actuellement de mécanismes ou processus analogues pour les flambées de grande ampleur. Dans sa décision WHA69(9), l'Assemblée mondiale de la Santé a encouragé la « poursuite de la collaboration avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'Organisation des Nations Unies afin d'améliorer la coordination, à l'échelle du système d'action humanitaire, de la riposte future aux menaces infectieuses de grande ampleur ».

11. À cette fin, en collaboration étroite avec le groupe de directeurs des programmes d'aide d'urgence du Comité permanent interorganisations, l'OMS a élaboré de nouveaux protocoles de direction et de coordination pour les événements de grande ampleur résultant de menaces infectieuses, en s'appuyant sur les mécanismes existants du Comité. Face à des événements de ce type, les nouveaux protocoles permettent l'activation du niveau 3 à l'échelle interinstitutionnelle, ainsi que l'élargissement temporaire du Comité permanent interorganisations pour inclure, au besoin, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et les principales institutions de santé publique participant à la riposte. Cette entité élargie portera le nom de « IASC+ ».

12. Parmi les procédures nouvellement définies figurent une évaluation de la situation limitée dans le temps, réalisée par l'OMS et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies ; la consultation et la prise de décisions en collaboration avec le groupe de directeurs des programmes d'aide d'urgence (et, le cas échéant, avec d'autres parties prenantes non affiliées au Comité permanent interorganisations, notamment le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour les risques et les événements liés aux maladies infectieuses) ; la formulation de recommandations à l'intention des directeurs des organisations représentées au sein du Comité permanent ; et les facteurs explicites de déclenchement de l'activation et de la désactivation. Une action immédiate sera entreprise pour commencer à communiquer les priorités stratégiques communes de riposte, à allouer les sommes nécessaires à ces priorités à partir du Fonds central pour les interventions d'urgence de l'Organisation des Nations Unies, et à examiner les dispositions de coordination et de direction des activités dans un délai de 7 à 10 jours.

13. Ces procédures d'activation d'IASC+ ont été approuvées par les directeurs d'organisations du Comité permanent interorganisations en décembre 2016.

Groupe sectoriel mondial pour la santé

14. L'approche du Comité permanent interorganisations fondée sur les groupes sectoriels constitue un mécanisme essentiel pour coordonner l'action sectorielle en situation d'urgence humanitaire. Un Groupe sectoriel pour la santé est actuellement actif dans 24 pays pour aider les autorités nationales à répondre aux besoins sanitaires de 72,2 millions de personnes touchées par des crises. Le Groupe sectoriel mondial pour la santé est composé de 48 partenaires, dont des organisations internationales et des institutions des Nations Unies, des acteurs non étatiques, des autorités nationales, des établissements universitaires et de formation et des organismes donateurs. Il compte plus de 300 partenaires au niveau des pays.

15. L'OMS a entrepris de recruter 24 coordonnateurs au titre de contrats à long terme pour doter les Groupes sectoriels pour la santé dans les pays d'une direction plus prévisible, diligente et hautement qualifiée. Pour aider les pays à coordonner les activités des partenaires opérationnels nationaux et à renforcer les capacités opérationnelles et techniques, une liste des personnels supplémentaires pouvant être mobilisés en renfort est en train d'être établie à partir d'une cartographie et d'une analyse des lacunes existantes. Un nouveau plan de développement pluriannuel visant à renforcer et à préserver les capacités du Groupe sectoriel pour la santé est en train d'être déployé.

16. Des efforts sont déployés pour renforcer la collaboration et la coordination avec d'autres groupes sectoriels (par exemple dans les domaines de la nutrition, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de l'aide alimentaire et de la logistique) en vue d'améliorer la riposte globale aux situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires. L'OMS joue un rôle important au sein du Groupe mondial de coordination intersectorielle et assure une collaboration plus étroite avec d'autres groupes sectoriels dans le cadre de certaines interventions humanitaires, notamment face à la crise dans le nord du Nigéria et la flambée de choléra au Yémen. La collaboration entre les groupes sectoriels est également l'un des éléments fondamentaux du protocole IASC+ du Comité permanent interorganisations.

Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie

17. Le renforcement et l'élargissement du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, un système comptant plus de 200 partenaires techniques pluridisciplinaires, constituent une priorité pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Cet effort repose sur le renforcement des fonctions de surveillance, d'élaboration des politiques et de secrétariat du Réseau ; l'identification et la

mobilisation de nouveaux partenaires, ainsi que la consolidation des engagements existants ; le renforcement de sa capacité à tirer parti de l'expertise fonctionnelle des ressources humaines pour l'action sanitaire d'urgence et à fournir un soutien opérationnel sur le terrain, en particulier en matière de santé et de sécurité du personnel ; et la mise en œuvre d'activités communes de formation avec les partenaires pour améliorer la coordination sur le terrain.

18. Le Comité d'orientation du Réseau, constitué de 21 membres, se réunit tous les six mois pour fournir des orientations stratégiques sur le développement et les opérations du Réseau. Il a convenu des priorités relatives au développement et aux opérations de « GOARN 2.0 », conformément à ce qui précède.

19. Depuis le début 2016, les partenaires du Réseau participent davantage aux activités d'alerte, d'évaluation des risques, de préparation et de riposte ; ils se consultent régulièrement par téléconférence pour faciliter l'évaluation conjointe précoce des flambées émergentes et améliorer la coordination et la planification de la riposte internationale et de l'appui apporté aux pays. La première réunion régionale européenne des partenaires du Réseau s'est tenue à Saint-Pétersbourg (Fédération de Russie) en octobre 2016.

20. L'OMS étudie également les moyens d'accroître la participation et le soutien du Réseau au renforcement des capacités nationales d'alerte et de riposte grâce à l'initiative d'évaluation externe conjointe (dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005)), notamment la capacité à déployer et à accueillir des experts internationaux.

21. L'équipe de soutien opérationnel du Réseau travaille en étroite collaboration avec le Groupe sectoriel mondial pour la santé, les équipes médicales d'urgence et d'autres acteurs pour élaborer une formation internationale sur les ripostes aux flambées sous la direction du Réseau, coordonner les contributions des partenaires au travers d'un nouveau corps enseignant mondial, et offrir de nouveaux cours et matériels de formation.

Équipes médicales d'urgence

22. Le secrétariat des équipes médicales d'urgence de l'OMS gère les processus de formation, de renforcement des capacités, de définition des normes et d'assurance de la qualité pour cette initiative mondiale. L'objectif général consiste à renforcer les capacités nationales de riposte aux situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires, dans le cadre des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, et à instaurer des mécanismes permettant une bonne valorisation et une coordination accrue de ces capacités par les centres nationaux d'opérations sanitaires d'urgence, notamment en faisant appel à des équipes de pays voisins ou à des équipes régionales et mondiales pouvant être temporairement mobilisées en cas de besoin, conformément aux principes du Règlement sanitaire international (2005).

23. Un système de vérification et d'assurance de la qualité, soumis à un examen collégial, a été élaboré pour permettre aux équipes médicales d'urgence de dispenser des soins directs aux patients lors de catastrophes naturelles, de flambées ou d'autres situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires. Un processus de formation, d'accompagnement et d'amélioration de la qualité a été engagé par plus de 75 organisations, dont 30 ont fait l'objet de visites en 2015. Sept équipes ont obtenu confirmation qu'elles satisfaisaient aux normes internationales convenues.[1]

[1] Australie, Chine, Fédération de Russie (deux équipes), Israël, Japon et Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

24. En concertation avec le Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies, le secrétariat des équipes médicales d'urgence de l'OMS a créé une plateforme permettant la coordination avec des équipes d'intervention rapide œuvrant dans d'autres domaines, en particulier la recherche et le sauvetage. Ce système, qui est déclenché dans les minutes qui suivent une catastrophe, utilise le centre virtuel convenu de coordination des opérations sur le terrain, assurant l'enregistrement des équipes qui arrivent sur les lieux et leur orientation vers les mécanismes de coordination du pays touché, relevant du ministère chargé de la gestion des urgences et du ministère de la santé, avec l'appui du Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies et de l'OMS. Mis à l'essai pour la première fois lors du séisme de 2015 au Népal, ce système a donné la preuve de son aptitude à coordonner les 149 équipes intervenues dans le cadre de cette catastrophe, comptant quelque 3500 intervenants médicaux dans les sept premiers jours. Ce résultat a été confirmé en Équateur en 2016.

25. Il a été convenu d'un ensemble minimal de données devant être communiquées par les équipes médicales d'urgence à l'État Membre touché pour garantir une transmission standard des informations contribuant au système d'alerte précoce sur les flambées en établissant des sites sentinelles de notification qui permettent au système de santé concerné d'intervenir en conséquence.

26. L'initiative relative aux équipes médicales d'urgence a joué un rôle de plus en plus important dans des situations d'urgence complexes et prolongées, contribuant à la coordination et à la planification des opérations en Iraq, au Nigéria et au Yémen. En 2017, le secrétariat des équipes médicales d'urgence de l'OMS poursuit le travail entrepris pour établir des groupes de travail rapides et axés sur le terrain afin d'améliorer d'autres aspects du déploiement des équipes et continuera de renforcer les capacités des équipes cliniques et de santé publique participant aux interventions rapides, ainsi que les systèmes de coordination des interventions nationales, internationales ou bilatérales en renforçant les centres opérationnels d'urgence sanitaire dans les États Membres touchés.

Partenaires en attente

27. Lancée en 2013, l'initiative OMS des partenaires en attente (au titre d'accords dits de « standby ») constitue un élément de plus en plus important de la coordination par l'OMS des interventions d'urgence humanitaire, représentant un solide complément aux autres partenariats de riposte de l'OMS. Les accords mondiaux conclus avec sept partenaires[1] permettent à l'OMS de mobiliser et de déployer rapidement du personnel hautement qualifié des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, possédant des profils techniques et humanitaires très variés, pour appuyer l'action d'urgence sur le terrain, notamment dans les domaines de la gestion des données et de l'information, de la cartographie, de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, de la nutrition, de la santé publique, de la logistique, de la gestion de projet et du travail social.

28. Dans le cadre du Partenariat humanitaire international, deux autres partenariats, destinés à appuyer des déploiements individuels et des gammes de services hautement spécialisés, sont en cours de négociation avec des organismes gouvernementaux. Il est prévu d'étendre ces initiatives en s'appuyant sur une cartographie des déficits de capacités existants pour identifier de nouvelles possibilités de partenariat. Une analyse des besoins en formation est également prévue et sera mise en œuvre dans les zones prioritaires pour veiller à une meilleure harmonisation entre les partenariats.

[1] Corps de réaction civile internationale (CANADEM), Information Management and Mine Action Program (iMMAP), Netherlands Enterprise Agency, consortium d'ONG du Groupe sectoriel mondial pour la santé, Norwegian Refugee Council, RedR Australia et Department for International Development du Royaume-Uni.

Soutien opérationnel et logistique

29. Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire fournit des orientations et un soutien technique à l'initiative mondiale sur la chaîne d'approvisionnement pour la préparation et la riposte en cas de pandémie. Cette initiative, lancée à l'occasion du Forum économique mondial de 2015, est pilotée par le Programme alimentaire mondial, en partenariat avec l'UNICEF, la Banque mondiale et plusieurs sociétés de distribution du secteur privé. Elle vise à identifier des possibilités de partenariat public-privé pour la chaîne d'approvisionnement ou la préparation aux pandémies, à estimer les besoins et à surveiller les sources mondiales d'approvisionnement de manière plus précise, et à mettre au point des mécanismes améliorés d'accès aux sources d'approvisionnement en situation d'urgence de santé publique de portée internationale et de pandémie. Avec l'appui de l'Université du Minnesota (États-Unis d'Amérique), ce réseau informel œuvre actuellement à l'élaboration d'une plateforme d'information destinée à offrir une meilleure visibilité de la chaîne d'approvisionnement, en amont et en aval, et une coordination accrue des opérations.

COORDINATION RÉGIONALE

30. Des activités ciblées de renforcement des capacités en ressources humaines ont été entreprises dans les régions prioritaires pour permettre au Programme de mieux soutenir les pays vulnérables. L'un des pays où cette approche a eu des effets sensibles est la République arabe syrienne, pays en proie à des conflits depuis bientôt six ans et où rien ne laisse présager un soulagement de la souffrance de la population. L'OMS a accru ses investissements en faveur d'une meilleure direction et d'une plus grande coordination des interventions sanitaires en République arabe syrienne.

31. Dans le cadre de la réforme de l'action de l'OMS dans la gestion des situations d'urgence sanitaire, des ressources humaines supplémentaires ont été déployées aux niveaux régional et national pour appuyer les interventions sanitaires humanitaires couvrant l'ensemble de la Syrie. Cela s'est traduit par une coordination accrue, avec une planification et une intervention menées de concert par les centres en Jordanie, en République arabe syrienne et en Turquie pour fournir une assistance médicale d'urgence, notamment en matière de vaccination, dans les zones assiégées et difficiles d'accès. Une amélioration de la collecte standardisée des données a également été constatée dans l'ensemble du pays.

COORDINATION AU NIVEAU NATIONAL

32. Les structures et mécanismes de coordination dont disposent les pays varient selon les capacités des autorités nationales et locales et selon l'ampleur et la nature de l'urgence (par exemple flambée ou catastrophe naturelle soudaine). Pour optimiser la riposte, la présence de structures de coordination inclusives, intégrant des partenaires locaux et internationaux dotés de responsabilités clairement définies aux niveaux national et infranational, est indispensable. Dans la mesure du possible, une direction nationale de la coordination dans le secteur sanitaire est encouragée et soutenue. Les ministères de la santé sont de plus en plus nombreux à établir des centres opérationnels d'urgence pouvant servir de plateforme centrale de coordination de la riposte.

33. En présence d'événements aigus de santé publique, la mobilisation rapide des partenaires appropriés des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence, possédant les capacités techniques et opérationnelles requises, peut suffire à mettre fin à une flambée. Les partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie jouent souvent un rôle clé à cet

égard. Lorsqu'une flambée prend de l'ampleur, des mécanismes supplémentaires de coordination peuvent s'avérer nécessaires pour tirer parti des capacités des partenaires techniques et intersectoriels, comme ce fut le cas pour la riposte à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest. Face à des événements ou flambées imputables à des zoonoses, comme la flambée de fièvre de la vallée du Rift au Niger, une coordination avec le secteur de la santé animale est essentielle. Dans ce contexte, l'organisation d'activités de formation conjointes avec l'Organisation mondiale de la santé animale est une approche qui a donné la preuve de sa grande utilité lors de la récente flambée de grippe aviaire hautement pathogène survenue au Cameroun et au Togo.

34. Lors de catastrophes d'apparition soudaine ou liées à des conflits, un éventail plus large d'intervenants des ressources humaines mondiales pour l'action sanitaire d'urgence peut se trouver mobilisé, notamment des acteurs non étatiques, des équipes médicales d'urgence et des organismes techniques. Dans de telles situations, un mécanisme général de coordination doit être en place pour le secteur sanitaire, souvent assorti d'équipes spécialisées pour aborder des enjeux particuliers, comme les soins chirurgicaux ou la santé reproductive, de manière plus détaillée. Une cellule spécifique de coordination des équipes médicales d'urgence peut également s'avérer nécessaire.

35. Selon les circonstances de l'urgence, un groupe sectoriel pour la santé peut ou non être officiellement activé. Dans 24 des 47 pays où l'OMS intervient actuellement, un groupe sectoriel pour la santé sert de mécanisme principal de coordination. Quel que soit le mécanisme de coordination en place, le respect des pratiques établies de bonne coordination, l'engagement sans équivoque des partenaires, la responsabilité à l'égard des populations touchées et la transparence des communications doivent être assurés, et des liens étroits et une collaboration active avec d'autres secteurs (comme la nutrition ou l'approvisionnement en eau et l'assainissement) doivent être établis, soutenus et mis à profit.

36. L'expérience des groupes sectoriels pour la santé illustre certaines difficultés associées à la coordination des interventions d'urgence à grande échelle au niveau national. Parmi les 24 Groupes sectoriels pour la santé actifs actuellement, 22 ont une orientation uniquement nationale, tandis que deux ont une orientation infrarégionale (groupe couvrant l'ensemble de la Syrie et groupe de la région Pacifique). Le Groupe sectoriel pour la santé est codirigé par le ministère de la santé dans 47 % des cas et par un acteur non étatique partenaire dans 37 % des cas. Dix-huit groupes (75 %) interviennent dans des situations complexes d'urgence ou de conflit ; les autres sont essentiellement sollicités pour des urgences d'origine climatique.

BUDGET ET MOBILISATION DES RESSOURCES

37. Le financement des activités du nouveau Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire devra combiner trois éléments : les ressources de base pour le personnel et les activités aux trois niveaux du Programme ; le financement du fonds de réserve de US $100 millions de l'OMS pour les situations d'urgence ; et le financement des activités en cours dans le cadre de situations d'urgence aiguës et prolongées.

38. Pour mettre en œuvre les activités de base du nouveau Programme, l'OMS doit mobiliser US $485 millions en 2016-2017 ; 44 % de ces fonds restent à trouver. Les appels de fonds associés aux plans d'action humanitaire accusent un déficit de financement de 66 % (la somme totale devant provenir des appels de fonds est de US $656 millions).

39. Le fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence a récolté US $31,5 millions sur sa capitalisation cible de US $100 millions. Les fonds alloués à ce jour pour les interventions de l'OMS dans les situations de crise humanitaire, de flambées et de catastrophes naturelles s'élèvent à US $18,16 millions.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

40. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

= = =