



Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe

Rapport du Secrétariat

1. Une crise peut être déclenchée par trois types de situations :
 - des catastrophes soudaines telles que tremblements de terre, cyclones, inondations, accidents d'origine industrielle ou utilisation délibérée d'agents biologiques ou chimiques dans le but de nuire à une population donnée ;
 - des urgences complexes et durables liées à des conflits¹ – plus d'une centaine actuellement – qui touchent des millions de personnes dont un grand nombre de personnes déplacées. Certains conflits durent depuis 30 ans ou plus ;
 - des menaces croissantes, souvent insidieuses, telles que l'empoisonnement généralisé par l'arsenic dans le Delta du Gange, la prévalence croissante des infections à VIH fatales ou bien la désertification.
2. L'absence de biens de première nécessité en situation de crise nuit fréquemment à la santé des populations exposées et entraîne des souffrances et une mortalité accrues. L'un des indicateurs utilisés pour définir une situation de crise est d'ailleurs un taux de mortalité supérieur à un pour 10 000 par jour. Le risque accru vient du fait que les besoins élémentaires des populations ne sont pas satisfaits. Les systèmes locaux – qui, normalement, fournissent aux gens de la nourriture, de l'eau, un logement et un système d'assainissement, veillent à la sécurité et à la protection des personnes, et dispensent les soins de santé – ne fonctionnent plus, et les systèmes nationaux sont incapables de compenser cette carence.
3. Chaque année, environ un Etat Membre de l'OMS sur cinq connaît une crise de cette nature et les systèmes locaux sont alors surchargés, endommagés ou désorganisés. Des centaines de millions de

¹ Une situation d'urgence complexe est définie comme une crise humanitaire dans un pays, une région ou une société où il y a faillite de l'autorité due à des conflits internes ou externes qui exigent une intervention internationale dépassant le mandat ou la capacité d'une institution unique et/ou du programme des Nations Unies dans le pays. Les situations d'urgence complexes sont en général caractérisées par une violence et des pertes considérables ; des déplacements massifs de population ; des dommages généralisés aux sociétés et aux économies ; la nécessité d'une aide humanitaire polyvalente à grande échelle ; des entraves à l'aide humanitaire dues à des obstacles politiques et militaires, et des risques importants pour la sécurité des travailleurs humanitaires dans certaines régions (Comité permanent interorganisations, 1994).

personnes courent le risque d'être confrontées à une situation de crise et plus de 40 millions vivent une telle situation. C'est la survie même de ces populations qui est en jeu.

4. Près de la moitié de la cinquantaine de pays actuellement touchés par les crises sont très loin d'atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. Dans 16 de ces pays, il a été signalé que la mortalité des moins de cinq ans avait augmenté au cours des dix dernières années. Il est crucial d'accorder davantage d'attention aux priorités sanitaires dans les communautés à risque si l'on veut accélérer la réalisation de ces objectifs.

ORGANISATION DE LA PREPARATION, DE L'INTERVENTION ET DE LA REMISE EN ETAT

5. **Préparation.** Une préparation spécifique aux crises réduit l'impact de celles-ci sur les systèmes de santé et diminue considérablement le niveau de souffrance, la propagation des épidémies et le nombre de décès. Les bureaux régionaux et les bureaux de pays de l'OMS, notamment dans les Amériques, soutiennent depuis longtemps et avec succès les Etats Membres dans les efforts qu'ils déploient pour atténuer, grâce à une planification efficace, les conséquences sanitaires des catastrophes naturelles et des situations d'urgence complexes.

6. En ce qui concerne le secteur de la santé, la préparation consiste essentiellement à donner aux établissements de santé confrontés à des conditions extrêmes les moyens de réagir, à veiller à la disponibilité des services hospitaliers prioritaires (axés essentiellement sur les traumatismes, la santé des femmes, les soins aux enfants et les maladies chroniques), et à assurer la prise en charge et le triage des innombrables victimes, l'évacuation des blessés, l'application des procédures de quarantaine, la recherche et le sauvetage, et la mise en place rapide des mesures de surveillance et de traitement des maladies. Le premier critère est que ceux qui doivent réagir soient prêts à le faire ; en fait, la capacité de réagir aux crises devrait être la priorité de tous les programmes de développement dans les contextes propices aux crises. Il est essentiel de planifier les choses soigneusement afin d'assigner les responsabilités, de recenser les difficultés, d'introduire des procédures particulières et de mettre en place des mécanismes de soutien. Il faudrait tenir compte de la contribution de la société civile, des gouvernements et des organisations internationales. La préparation et la formation devraient viser principalement le recensement du personnel essentiel, l'instauration de systèmes d'enregistrement, la mise à l'épreuve des procédures, et le stockage des fournitures indispensables.

7. La Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes de Kobe (Japon), en janvier 2005, a porté sur les options destinées à minimiser les risques et les conséquences des catastrophes. Les Etats Membres ont passé en revue l'impact des catastrophes naturelles et déterminé les avantages qu'il y a à assurer la sécurité et la capacité d'adaptation des systèmes de santé, à commencer par les hôpitaux et autres établissements de santé, notamment dans les régions fréquemment frappées par les tremblements de terre ou les cyclones.

8. **Intervention.** Une intervention rapide en cas de crise a pour but d'assurer la survie et de protéger les populations touchées. Cela passe par un accès adéquat à l'eau potable, à un assainissement hygiénique, à l'alimentation et au logement, et par la protection des populations touchées contre la maladie et la violence. Les interventions doivent donner la priorité aux personnes les plus vulnérables : les femmes (notamment les femmes enceintes), les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes handicapées ou les malades chroniques.

9. Des interventions sanitaires rapides et bien planifiées ont permis de protéger la santé des populations touchées, par exemple en République islamique d'Iran, immédiatement après le tremblement de terre de Bam en décembre 2003, en République populaire démocratique de Corée après l'accident de train de Ryongchon en avril 2004, et à Djibouti après les graves inondations d'avril 2004. Les conflits survenus en Haïti, dans la Bande de Gaza, au Darfour (région du Soudan), dans les camps de réfugiés du Tchad et certaines parties de l'Iraq ont montré qu'il était nécessaire de s'assurer que les groupes de population les plus vulnérables aient accès à des services de santé en état de marche sans que leur sécurité soit menacée.

10. Les ministères de la santé nationaux doivent coordonner les actions sanitaires entreprises par des institutions nationales, des organismes internationaux et des organisations du système des Nations Unies. Ces derniers jouent un rôle en évaluant la situation sanitaire des populations à risque, en recensant les priorités urgentes, et en mettant à disposition des services de soins élémentaires. Les services endommagés sont réparés si besoin est. L'intervention porte sur les systèmes d'approvisionnement, le déploiement de personnel qualifié, le recensement des besoins à plus long terme et le suivi des progrès.

11. En cas de crise, les bureaux de l'OMS dans les pays sont appelés à fournir un appui pour évaluer la situation, coordonner l'action du secteur de la santé et assurer les services élémentaires. Ils doivent aussi prendre en compte les dangers rencontrés par les secouristes et l'interruption des communications et de l'approvisionnement, qui entravent souvent les secours. Le Secrétariat de l'OMS offre la collaboration de spécialistes, par exemple pour l'investigation des flambées (comme pour l'hépatite E parmi les réfugiés du Darfour dans la partie orientale du Tchad en août 2004) ou un appui psychologique (comme pour les enfants de Beslan (Fédération de Russie) en septembre 2004).

12. Les organisations humanitaires dans les pays, avec le concours des autorités locales et nationales, contribuent largement à l'action. Lorsque l'on a besoin de compétences spécialisées en dehors de la communauté touchée, il faut les mobiliser rapidement. Pour ce faire, les Etats Membres doivent pouvoir faire appel à un mécanisme d'intervention rapide et coordonné. On attend de l'OMS qu'elle apporte son concours pour l'évaluation (idéalement à travers la surveillance des maladies), l'établissement de priorités (investigation des flambées épidémiques et conseils pour la lutte contre la maladie, planification et supervision des soins de santé ou des services hospitaliers, par exemple) et pour coordonner l'aide extérieure. Le bureau de l'OMS dans le pays aide à organiser le logement des experts envoyés sur place, les mouvements de fourniture et de matériel et les communications. Les bureaux régionaux et le Siège fournissent une assistance immédiate afin d'établir cette « plate-forme opérationnelle ».

13. Le Secrétariat de l'OMS améliore actuellement sa capacité d'intervention rapide en cas de crise. En collaboration étroite avec les Secrétariats de l'UNICEF, du FNUAP, du Bureau de coordination des affaires humanitaires de l'ONU, d'autres organisations du système des Nations Unies, et avec le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des organisations non gouvernementales, l'OMS peut mobiliser en quelques heures des professionnels de la santé publique de haut niveau et leur offrir l'appui technique, logistique et administratif nécessaire.

14. On a fait appel à tout l'éventail des moyens de soutien spécialisé dans l'ensemble de l'Organisation pour faire face aux crises survenues en 2004. Le Secrétariat a évalué les besoins sanitaires, mesuré la mortalité, étudié les besoins particuliers des femmes et mis en place des systèmes de dépistage des flambées de maladies transmissibles. Il a contribué à la prise en charge des maladies chroniques et à la remise en état des services de soins de santé primaires et des services hospitaliers ; au renforcement des soins de santé mentale au niveau communautaire et des services de santé destinés aux femmes et aux enfants ; à la réduction de la part des frais hospitaliers incombant aux patients, et à

l'amélioration de la salubrité de l'environnement ; ainsi qu'à la coordination des interventions et à la surveillance des progrès accomplis. Le Secrétariat a conçu et introduit des logiciels spécialisés de gestion des fournitures médicales et d'appui logistique.

15. **Remise en état.** Du point de vue de la santé, les crises sont résolues quand les systèmes de santé essentiels ont été remis en état et reconstruits ; quand les besoins sanitaires principaux des plus vulnérables sont satisfaits ; et quand l'environnement des soins de santé est assuré aussi bien pour les malades que pour le personnel de santé. A cette fin, l'OMS collabore avec les autorités nationales et des organismes internationaux pour mettre sur pied et définir un plan de remise en état sectoriel qui souvent sert de composante « santé » d'un appel global interinstitutions et de la planification de la transition.

16. Ces plans mettent l'accent sur les secours essentiels apportés aux personnes qui en ont besoin, le rétablissement des services dans les centres de santé primaires et les hôpitaux, la remise en état des services de laboratoire, la surveillance des maladies et les programmes de santé publique. Il s'agit de déterminer quel est le personnel indispensable, l'appui et la formation dont il doit bénéficier, et d'apporter les fournitures et le matériel essentiels. Le bon fonctionnement des alliances est crucial au moment de la remise en état. Ces alliances améliorent les perspectives de collecte de fonds et d'une gestion efficace du processus.

17. Ainsi, le Secrétariat de l'OMS a apporté un appui aux ministères de la santé et à d'autres partenaires s'efforçant ensemble de remettre en état le système de santé, dans la région des Balkans au cours de la décennie écoulée, et plus récemment en Iraq, au Libéria et au Soudan.

CONTRIBUTION DE L'OMS AUX ASPECTS SANITAIRES DE LA CRISE LIEE AU TSUNAMI EN ASIE, EN DECEMBRE 2004

18. Le dimanche 26 décembre 2004 à l'aube, un énorme séisme atteignant 9 sur l'échelle de Richter a frappé la côte occidentale du nord de l'île de Sumatra, en Indonésie. L'épicentre était situé à une trentaine de kilomètres sous terre à 250 kilomètres au large au sud sud-ouest de Banda Aceh. La première secousse a été suivie de répliques d'intensité allant de 6 à 7,3, elles-mêmes suffisamment fortes pour faire des milliers de morts. Le séisme a déclenché des raz de marée puissants atteignant 10 mètres de hauteur, qui se sont déplacés vers les régions voisines de l'océan Indien à plus de 500 km/heure, ravageant des zones côtières d'Inde, d'Indonésie, des Maldives, de Sri Lanka et de Thaïlande, mais aussi du Myanmar, des Seychelles et de Somalie.

19. Selon les estimations, 280 000 personnes ont perdu la vie à la suite de ce séisme. Dans les zones touchées, la vie économique s'est arrêtée ; le commerce s'est effondré. Des millions de personnes ont vu leurs familles et leurs communautés déchirées. Les traumatismes entraînés par cette catastrophe terrible ne sauraient être sous-estimés.

20. L'OMS a contribué à l'intervention dès le début de la crise. Elle s'est employée surtout à faire parvenir rapidement des informations fiables sur les dangers sanitaires à tout le personnel de secours et à faire en sorte que les recommandations sanitaires soient disponibles localement. L'OMS a mis en place une plate-forme opérationnelle régionale qui permette de mettre en oeuvre efficacement les activités de secours d'urgence au cours des six mois suivants. Des cellules de crise ont été installées au Bureau régional de l'Asie de Sud-Est afin de seconder le groupe spécial d'urgence créé sous l'autorité du Directeur régional et du Directeur régional adjoint. Des équipes mobiles d'intervention spécialisées composées de spécialistes de l'épidémiologie, de la surveillance et des systèmes d'alerte rapide, de la

salubrité de l'environnement, de l'infrastructure sanitaire, de la logistique, de la communication, de la sécurité, des finances et de l'administration ont été déployées dans les pays touchés pour travailler avec les autorités nationales à renforcer et à remettre en état les systèmes de santé publique.

21. Pour répondre aux besoins immédiats des populations sinistrées, des centaines de membres du personnel ont été mobilisées, ainsi qu'une quantité considérable de kits de traitement, de matériel médical et de matériel technique. Tous ces moyens ont été mis à disposition à la suite d'une évaluation de la situation par l'OMS de façon à mettre en place un programme de travail crédible, rapide et efficace dans un environnement opérationnel hétérogène, exigeant et parfois dangereux. La gestion d'un programme de cette envergure et sa complexité exigent des compétences sur le plan logistique, de la coordination, de la conception et de la gestion des projets. Des systèmes de gestion efficaces ont été établis dans la Région de l'Asie du Sud-Est afin d'assurer une mise en oeuvre efficiente et efficace des activités mises en oeuvre à la suite de l'appel d'urgence lancé par l'ONU en janvier 2005. Une surveillance continue permettra de faire en sorte que l'assistance fournie par l'OMS réponde aux besoins des populations sinistrées de façon à sauver des vies, atténuer des souffrances et contribuer à améliorer durablement la santé de la population. L'OMS prévoit d'organiser à Phuket (Thaïlande), du 3 au 6 mai 2005, une conférence destinée à passer en revue les aspects sanitaires du tsunami en Asie et à examiner les aspects propres à la période d'urgence et à la période de relèvement immédiat. Les enseignements tirés de cette analyse seront répercutés sur les préparatifs en cas de crise ou de catastrophe majeure ; l'idée est de prévenir la perte de vies humaines sur une échelle aussi considérable, étant donné que, malheureusement, des catastrophes naturelles de cette ampleur peuvent à nouveau survenir à tout moment. La nécessité d'une préparation a été soulignée une fois encore par le tremblement de terre survenu au large de l'île de Sumatra le 28 mars 2005, et qui a touché surtout les populations de petites îles situées au large de Sumatra.

RENFORCEMENT DE LA CONTRIBUTION DE L'OMS AUX INTERVENTIONS SANITAIRES EN CAS DE CRISE

22. Au niveau des pays, les organisations du système des Nations Unies et les organisations non gouvernementales collaborent avec les Etats Membres pour faire face aux crises de manière efficace. Il existe un mécanisme interinstitutions bien développé qui relève du Coordonnateur des affaires humanitaires de l'ONU. Les aspects sanitaires de cette coordination dépendent de la participation du représentant de l'OMS et de l'appui apporté par des collaborateurs expérimentés des bureaux régionaux et du Siège.

23. Les Etats Membres et les organisations du système des Nations Unies demandent souvent un appui plus énergique de l'OMS pour faire face aux aspects sanitaires de la préparation et de l'intervention en cas de crise. Les équipes de l'OMS dans les pays doivent assurer quatre fonctions spécifiques :

- évaluer les aspects sanitaires concernant les populations à risque, avant l'apparition d'une crise et pendant que la situation évolue, de façon à permettre à tous les partenaires de fixer les priorités et suivre les progrès ;
- collaborer avec les partenaires dans le domaine de la santé afin d'encourager une communication ouverte et une action commune axée sur les priorités ;

- recenser les lacunes en matière de riposte face aux situations de crise et veiller à les combler ;¹
- améliorer la capacité de se préparer aux situations de crise, d'y faire face et de rétablir une situation normale dans le cadre des systèmes de santé locaux et nationaux ; remettre en état les institutions essentielles ; former le personnel de santé.

24. En situation de crise, les équipes de l'OMS dans les pays sont rapidement surchargées et doivent être renforcées pour pouvoir assumer ces quatre fonctions. Le Secrétariat n'a pas été en mesure de fournir cet appui de manière prévisible, et l'intervention en situation de crise n'a pas toujours été optimale.

25. Pour faire face à ces difficultés, un programme triennal de renforcement de l'action de l'OMS en situation de crise a été mis sur pied en 2003 sous l'égide du Directeur général. Le programme est l'aboutissement d'un processus de consultation auquel ont été associés plus de 400 experts des gouvernements, des organisations du système des Nations Unies et des organisations non gouvernementales, ainsi que d'autres partenaires dans le domaine de la santé. Le programme comprend un cadre d'action mondial et un plan de travail unifié associant les six bureaux régionaux de l'OMS.

26. Le but du programme est de réduire rapidement la mortalité, la morbidité et les incapacités évitables en situation de crise. Les objectifs définis visent à collaborer avec les pays pour se préparer à satisfaire les besoins sanitaires en situation de crise et intervenir lorsque la crise survient ; à donner aux autorités nationales les moyens de reconstruire des systèmes de santé capables de promouvoir l'équité en matière de santé ; et à répondre de façon dynamique aux besoins des Etats Membres en situation de crise au moyen de procédures financières, administratives et opérationnelles rationalisées.

27. Le programme est appliqué en collaboration étroite avec les bureaux régionaux et les bureaux dans les pays. Un forum a également été constitué à l'intention des Etats Membres pour examiner la contribution apportée par l'OMS aux interventions sanitaires en cas de crise, ainsi qu'un groupe technique qui permet aux professionnels de la santé et aux partenaires d'examiner les préoccupations spécifiques de manière approfondie.

EXAMEN PAR LE CONSEIL EXECUTIF

28. Lors d'une réunion spéciale d'une journée organisée au début de sa cent quinzième session, le Conseil a examiné les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami survenus en Asie le 26 décembre 2004. Le Conseil a rappelé quelles étaient les fonctions essentielles de l'OMS en matière de préparation, d'intervention et d'atténuation des effets des crises, soulignant la nécessité d'une présence rapide de l'OMS au coeur même de la crise, afin d'évaluer de manière fiable les besoins, d'établir des priorités dans l'action de

¹ Parmi les lacunes en matière d'interventions face aux crises figurent notamment la surveillance et la prise en charge des flambées de maladies transmissibles ; un approvisionnement adéquat en eau potable et un système d'assainissement en état de fonctionner ; l'accès des femmes enceintes et des enfants aux soins de santé ; des services hospitaliers en état de fonctionnement et accessibles pour la prise en charge des blessés et des maladies chroniques prioritaires ainsi que dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique ; et des interventions professionnelles dans le domaine des problèmes de santé mentale, des services de nutrition et d'autres besoins.

santé publique et d'apporter un appui beaucoup plus solide aux Etats Membres en coordonnant les offres d'aide extérieure.¹

29. Le Conseil a adopté une résolution à soumettre à l'Assemblée de la Santé, portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami en Asie. Le Conseil a également demandé que des amendements soient apportés à la section concernant la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours dans le projet de budget programme 2006-2007 pour tenir compte de cette résolution.²

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

30. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB115.R11.

= = =

¹ Voir document EB115/2005/REC/2, procès-verbaux provisoires de la première, de la deuxième et de la douzième séance.

² Voir document PB/2006-2007.