

Action et rôle de l'OMS en tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé face aux besoins sanitaires croissants dans les urgences humanitaires

Rapport du Secrétariat

CADRE GÉNÉRAL

1. Ces dix dernières années, on a recensé en moyenne 700 catastrophes par an. On estime que chaque année, les catastrophes font 268 millions de victimes. En 2010, 32 pays ont connu des crises humanitaires nécessitant une aide internationale. Le profil épidémiologique associé aux catastrophes et aux conflits est en train de changer et, si la mortalité qu'ils entraînent reste due en majeure partie aux maladies infectieuses, les maladies non transmissibles figurent de plus en plus souvent parmi les cinq premières causes de morbidité et de mortalité dans ce type de situations. La tendance mondiale à l'urbanisation est une raison supplémentaire d'adapter les stratégies d'intervention.

2. Le mandat dont l'OMS est investie quand survient une urgence humanitaire découle de l'article 2.d) de la Constitution et des résolutions WHA34.26, WHA46.6, WHA48.2, WHA58.1, WHA 59.22 et WHA 64.10. Son rôle est fortement influencé par la résolution 46/182 adoptée en 1991 par l'Assemblée générale des Nations Unies sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence de l'ONU. Cette résolution a porté création du Comité permanent interorganisations qui, présidé par le Coordonnateur des secours d'urgence, est maintenant le principal organisme de coordination entre les grands acteurs humanitaires, dont l'OMS fait partie.

3. Dans sa collaboration avec les États Membres face aux urgences humanitaires, l'Organisation a visé un double objectif : d'une part, renforcer les capacités nationales de gestion des risques de catastrophe et de situation d'urgence et intégrer la gestion de ces risques dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux ; et, d'autre part, appuyer les activités entreprises en cas de crise aiguë et de crise prolongée. Sur le plan de la collaboration au développement, le Secrétariat fournit aux États Membres des orientations et une assistance techniques pour évaluer les risques et renforcer les systèmes d'alerte précoce. Le renforcement des capacités nationales et communautaires entrepris par ailleurs consiste à intégrer les activités de réduction des risques de catastrophe et de préparation à d'éventuelles catastrophes dans la planification de la santé, y compris en appuyant le programme des « hôpitaux sécurisés ».

4. Les mesures prises en application de la résolution 60/124 adoptée en 2005 par l'Assemblée générale des Nations Unies¹ ont consisté : i) à entreprendre d'autres réformes humanitaires, comme l'approche de la « responsabilité sectorielle » ; ii) à instaurer des réformes financières, notamment des mécanismes de mise en commun des fonds ; et iii) à renforcer la fonction de coordonnateur des opérations humanitaires dans les pays. L'OMS s'est proposée comme chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé du Comité permanent interorganisations dans le but d'améliorer la coordination, l'efficacité et l'efficience de l'action sanitaire dans les situations de crise.

5. En décembre 2010, le Secrétaire général adjoint aux affaires humanitaires et Coordonnateur des secours d'urgence, de concert avec les responsables du Comité permanent interorganisations, a lancé un programme de transformations d'une durée d'un an pour remédier aux principales carences de l'action humanitaire internationale. Cette initiative vise à combler les importantes lacunes ouvertement reconnues dans la direction, la rapidité et la coordination des opérations menées lors des crises de très grande ampleur survenues cette année-là en Haïti et au Pakistan. Parallèlement au programme de transformations du Comité permanent interorganisations et à ses propres réformes internes, l'OMS a entrepris de dresser un bilan objectif de son action humanitaire en organisant une vaste consultation en son sein et auprès de ses organismes partenaires. Le présent rapport résume le contexte dans lequel s'est déroulé cet examen et les principaux points qui en sont ressortis. Il propose également des moyens de progresser, le plus important étant un nouveau cadre d'action d'urgence définissant les engagements de base, les critères d'efficacité et les méthodes et politiques qui permettront à l'Organisation de mener une action de meilleure qualité et plus prévisible au niveau des pays en cas d'urgence de santé publique et de crise humanitaire.

L'OMS EN TANT QUE CHEF DE FILE DU GROUPE DE RESPONSABILITÉ SECTORIELLE SANTÉ POUR L'AIDE HUMANITAIRE D'URGENCE

6. En 2003, dans le but d'accroître les capacités et les compétences de l'Organisation pour qu'elle puisse assumer ses responsabilités élargies dans les urgences humanitaires, l'OMS a créé le Groupe organique Interventions sanitaires en cas de crise. Des modes opératoires normalisés ont été adoptés pour ériger au rang de priorité et accélérer les démarches administratives que nécessitent les opérations d'urgence ; un accord de partenariat a été conclu avec le PAM pour pouvoir stocker des fournitures médicales dans quatre entrepôts régionaux et les distribuer rapidement ; une formation a été organisée et une liste d'experts dressée, pour être ultérieurement étendue aux coordonnateurs du groupe de responsabilité sectorielle Santé. Des groupes de travail ont également été constitués afin de puiser dans les ressources et les compétences de toutes les parties de l'Organisation pour répondre aux besoins techniques en phase aiguë et à long terme ; un programme d'initiation à la gestion des groupes de responsabilité sectorielle Santé a été conçu à l'intention des chefs des bureaux de pays de l'OMS et intégré dans leur formation à l'entrée en service. Entre 2005 et 2006, l'OMS a rempli son rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé en s'attachant à établir un consensus sur les priorités, les politiques et les meilleures pratiques dans le domaine de la santé en cas d'urgence humanitaire et à développer les moyens qu'ont tous les acteurs du secteur de la santé de mener une action efficace et prévisible. L'OMS a doté le groupe d'un secrétariat chargé de faciliter le dialogue entre ses membres – près de 40 organisations humanitaires internationales œuvrant dans le domaine de la santé – et d'organiser une réunion annuelle.

¹ Sur le renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies.

7. D'après le mandat général défini par le Comité permanent interorganisations pour orienter et évaluer le travail des groupes au niveau des pays, le groupe de responsabilité sectorielle Santé a défini 10 fonctions essentielles et critères de référence concernant son action dans les pays. Au sein du groupe au niveau des pays, la principale préoccupation est qu'ensemble, les partenaires de l'action sanitaire évaluent et analysent l'information, hiérarchisent les interventions, élaborent une stratégie et un plan d'action fondés sur des données factuelles, suivent l'évolution de la situation sanitaire et l'action menée par le secteur de la santé, adaptent ou repensent les opérations si nécessaire, mobilisent des ressources et plaident en faveur de l'action sanitaire à vocation humanitaire. En tant que chef de file du groupe au niveau des pays, l'OMS est censée faire fonction de fournisseur en dernier recours. Théoriquement, le ministère de la santé devrait coprésider le groupe. Quand cela s'est révélé impossible, l'OMS a souvent présidé les réunions de concert avec une organisation non gouvernementale. Le chef du bureau de pays représente le groupe au sein de l'équipe de pays chargée de l'action humanitaire, avec le concours d'un coordonnateur.

8. Depuis 2005, le Coordonnateur des secours d'urgence a appliqué l'approche de la responsabilité sectorielle dans 43 pays au total ; elle demeure en vigueur dans 31 de ces pays, et le groupe de responsabilité sectorielle Santé y est actif lui aussi. En cas de crise de grande ampleur, comme celles qui se sont produites en Haïti et au Pakistan en 2010, il arrive que le groupe rassemble plus de 300 organismes humanitaires, ce qui pose d'énormes problèmes de coordination. Dans ces circonstances, l'OMS a pour double tâche de diriger le groupe tout en s'acquittant de ses fonctions techniques, notamment celles de donner des orientations générales et de gérer l'information sanitaire, y compris de compiler les données sur la mortalité, la morbidité, l'état nutritionnel et la prestation de services de santé.

9. En tant que chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé, l'OMS a développé les composantes santé de la procédure d'appel global. La part du secteur de la santé dans ces appels est passée de US \$718 millions en 2006 à US \$1,4 milliard en 2010, le financement reçu ayant couvert 32 % des besoins en 2006 et 56 % en 2010. Dans ces appels, les programmes de l'OMS ont été financés à hauteur de 42 % en moyenne. Au 30 septembre 2011, l'OMS avait reçu US \$272 millions de contributions extrabudgétaires destinées aux urgences humanitaires pendant l'exercice 2010-2011. Cette somme comprend un don de US \$79 millions du Fonds central des Nations Unies pour les interventions d'urgence et US \$35,5 millions de fonds mis en commun au niveau des pays.

DIFFICULTÉS AYANT EMPÊCHÉ DE RÉPONDRE DE FAÇON SATISFAISANTE AUX BESOINS DE SANTÉ DANS LES URGENCES HUMANITAIRES

10. Le Secrétariat s'est heurté à des difficultés touchant aux capacités et à des difficultés d'ordre opérationnel et financier quand il a cherché à optimiser son appui aux États Membres et aux populations victimes de crises humanitaires aiguës et à exercer pleinement les fonctions du groupe de responsabilité sectorielle Santé.

11. Premièrement, le Secrétariat a eu du mal à trouver et mobiliser des coordonnateurs bien formés, des experts techniques et un personnel d'appui en nombre suffisant dans des délais assez rapides pour pouvoir intensifier et assurer durablement les fonctions de l'Organisation au sein du groupe et ses fonctions d'appui technique. La tâche est particulièrement difficile dans les urgences humanitaires de grande ampleur. La qualité et l'exhaustivité des évaluations rapides des besoins, des analyses des lacunes, des stratégies sectorielles, des appels et du suivi des résultats s'en sont trouvées compromises.

12. Deuxièmement, l'Organisation a eu du mal à trouver un équilibre entre sa fonction de chef de file chargé de coordonner le groupe et son rôle de partenaire du groupe chargé de fournir un appui technique, problème caractéristique au niveau des pays. Ainsi, dans certaines situations d'urgence, le groupe a difficilement pu remplir sa fonction d'information sanitaire, car les membres du groupe n'ont pas tous respecté les protocoles communs de recueil d'informations et les autorités de certains pays ont été peu disposées à diffuser des données potentiellement sensibles.

13. La troisième difficulté tient à la capacité opérationnelle limitée de l'OMS en tant qu'institution spécialisée des Nations Unies, qui ne lui permet pas de répondre à toutes les attentes des États Membres, des membres du Comité permanent interorganisations, des partenaires du groupe et des donateurs pour ce qui est de l'exécution directe des programmes en cas de crise humanitaire aiguë. Ainsi, alors que l'Organisation est capable de donner des orientations générales utiles et de mettre en place des systèmes fonctionnels d'alerte et d'intervention rapides pour les maladies, sa structure ne lui permet pas de mener de grandes opérations sur le terrain, notamment d'assurer directement les secours. Dans certaines circonstances, les efforts qu'elle a faits pour assurer des services de base ont pu compromettre ses fonctions essentielles dans les domaines de la coordination du secteur de la santé, de l'information, de la surveillance et de la politique.

14. Le quatrième grand problème est le manque de fonds, surtout pour les fonctions spéciales du groupe de responsabilité sectorielle Santé. Alors que les donateurs qui soutiennent l'action humanitaire attendent désormais des chefs de file du groupe qu'ils intègrent le financement de ses coordonnateurs et de ses fonctions dans le financement ordinaire, c'est chose impossible pour une institution spécialisée des Nations Unies comme l'OMS, qui a besoin pour cela de fonds spéciaux.

15. Cinquième difficulté : la plupart des groupes de responsabilité sectorielle Santé n'ont pas de processus ni de critères clairement définis pour mettre hors fonction un dispositif ou le remplacer par un autre quand une crise aiguë prend fin ou, au contraire, se transforme en une situation d'urgence prolongée. De ce fait, les groupes de responsabilité sectorielle Santé ont du mal à passer à des mécanismes plus appropriés pour répondre aux besoins sanitaires de la population touchée, en suivant un véritable programme de relèvement ou un programme de travail adapté à une situation d'urgence prolongée et qui prévoit au moins un niveau minimum de prestations prévisibles.

RENFORCER L'ACTION DE L'OMS DANS LES SITUATIONS D'URGENCE HUMANITAIRE

16. Ces dix dernières années, l'Organisation a investi d'importantes ressources pour que le Secrétariat soit mieux à même de fournir aux États Membres et aux partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé un appui qui les aide à se préparer à l'éventualité d'une catastrophe ou d'une situation d'urgence et à répondre aux besoins de santé des populations touchées. Toutefois, compte tenu des difficultés exposées plus haut, de la poursuite du processus de réforme humanitaire et de ses propres réformes, l'OMS doit devenir capable de mener une action plus rapide, plus efficace et plus prévisible en cas de crise humanitaire, en se référant à des critères clairement définis pour évaluer la qualité de son action. Au milieu de l'année 2011, l'OMS a entamé un processus de consultation interne et externe dans le but de mener une action plus utile dans les situations d'urgence humanitaire, compte tenu notamment de l'important déficit de financement de ses fonctions essentielles en matière de gestion des risques associés aux urgences.

17. À la lumière de cette consultation, une nouvelle approche s'appliquant à l'ensemble de l'Organisation a été élaborée afin que l'OMS puisse mener une action plus rapide, plus cohérente et

plus prévisible en cas d'urgence humanitaire et d'urgence de santé publique. La pièce maîtresse de cette approche est un cadre d'action d'urgence qui servira à l'Organisation de structure opérationnelle commune dans les situations de ce type. Le nouveau cadre a pour principaux éléments : a) un énoncé clair des engagements de base de l'OMS dans les crises aiguës, engagements au sujet desquels elle devra rendre des comptes, l'accent étant mis sur le rôle central que joue l'Organisation dans la coordination entre partenaires, les avis d'experts sur les questions de politique et les questions techniques, l'information, la surveillance et la maîtrise des maladies transmissibles ; b) des critères et des échéanciers pour mesurer la rapidité et la qualité du travail de l'OMS dans l'action d'urgence, avec indication des principaux résultats à obtenir dans un délai de 12 heures, 72 heures, 7 jours et 14 jours, par exemple ; c) un processus et des critères pour mesurer la capacité locale à faire face à une urgence afin de pouvoir classer en l'espace de 12 heures toutes les crises aiguës en fonction de l'appui de chaque niveau de l'Organisation dont le bureau de pays aura besoin, la coordination étant assurée par une équipe mondiale de gestion des situations d'urgence composée de points focaux des six bureaux régionaux et du Siège ; d) des procédures communes d'action d'urgence qui indiquent clairement comment sont assurées les principales fonctions de l'OMS dans les situations d'urgence, y compris le rôle et les responsabilités de chaque niveau de l'Organisation, afin qu'en cas de crise aiguë, l'OMS s'acquitte de ses fonctions essentielles de direction, d'information, d'appui technique et de facilitation de façon compétente et rapide au niveau des pays ; et e) des politiques d'urgence concernant la capacité de montée en puissance, l'application du principe des mesures dites « sans regrets »,¹ la nomination et l'affectation d'un responsable de l'action d'urgence présélectionné pour aider les bureaux de pays à mener une action plus prévisible, en s'inspirant de l'exemple d'autres institutions des Nations Unies et des réformes entreprises en 2011 par le Comité permanent interorganisations.

18. La pleine application par l'OMS d'une nouvelle approche institutionnelle dans les situations d'urgence nécessitera des investissements supplémentaires au Siège, au niveau régional et dans les pays touchés par des crises prolongées et répétées si elle veut pouvoir disposer durablement des effectifs nécessaires pour administrer pareil programme de travail. Au niveau mondial, les programmes du Groupe organique Interventions sanitaires en cas de crise ont été restructurés et adaptés pour former le nouveau Département Gestion des risques associés aux urgences et interventions humanitaires. Cette structure simplifiée a été créée pour pouvoir assurer plus efficacement les cinq grandes fonctions mondiales dégagées lors du processus de consultation et qui se répartissent en deux catégories : a) les fonctions techniques – information et suivi ; politique, pratique et évaluation ; montée en puissance et aide en cas de crise ; et b) les fonctions programmatiques de base – gestion des ressources ; et relations extérieures. Le Département qui compose cette nouvelle structure centrera ses efforts sur la coordination et la gestion de l'ensemble des ressources de l'OMS utilisées en cas d'urgence humanitaire, en mettant l'accent sur un programme de travail coordonné auquel participent le Groupe organique Sécurité sanitaire et environnement et ses équivalents régionaux, en particulier dans les domaines de la réduction des risques associés aux urgences, de la préparation aux situations d'urgence et de l'intervention d'urgence. En 2012, l'Organisation s'attachera à mettre en œuvre la nouvelle approche institutionnelle à tous les niveaux et conformément aux réformes introduites en 2011 par le Comité permanent interorganisations. À ce titre, elle entreprendra un bilan de fin d'année et, au besoin, de nouvelles réformes.

19. Au niveau interorganisations, il faut poursuivre le travail entrepris dans le domaine politique afin d'élaborer des directives sur lesquelles se baser pour mettre hors fonction les groupes de responsabilité sectorielle Santé et passer plus rapidement à une approche de relèvement accéléré ou,

¹ Selon ce principe, les pratiques et les mesures permettant de faire face à un problème attendu sont financées même s'il n'est pas encore certain que le problème en question se posera.

pour les situations d'urgence prolongées, mettre en place un mécanisme de coordination permettant d'assurer des services de santé de base prévisibles. Pour cela, l'OMS devra fournir aux autorités nationales le soutien dont elles ont besoin pour appliquer un plan officiel de relèvement ou engager un processus de transition et collaborer avec les partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé pour aligner leurs programmes sur les politiques nationales.

20. Il est indispensable de renforcer la capacité d'adaptation des pays, depuis celle des institutions nationales jusqu'à celle des communautés locales, pour améliorer les résultats sanitaires en cas d'urgence humanitaire. En 2012, l'OMS entreprendra un autre processus consultatif en vue de dresser, dans le domaine de la gestion des risques associés aux situations d'urgence, un programme de travail plus solide et plus complet qui comprenne la réduction des risques, la préparation nationale aux situations d'urgence, l'état de préparation des institutions et les mesures permettant à celles-ci de poursuivre leur activité dans les situations d'urgence.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

21. Le Conseil est prié de fournir des orientations sur la poursuite de la réforme de l'action de l'OMS dans les urgences humanitaires.

= = =