

LE ROLE DE L'OMS DANS LA GESTION DES CATASTROPHES

Secours, réhabilitation et reconstruction

par le

Dr Claude de Ville de Goyet

avec une contribution du

Dr John Seaman

10 janvier 1991

Le présent document ne constitue pas une publication officielle. Il ne doit pas être commenté, résumé, cité ou traduit sans l'autorisation de l'Organisation mondiale de la Santé. Les opinions exprimées n'engagent que leur auteur.

## TABLE DES MATIERES

	<u>Pages</u>
DOCUMENT DE SYNTHESE .....	3
1. GENERALITES .....	4
1.1 La vulnérabilité aux catastrophes : besoins des Etats Membres	4
1.1.1 Niveau de développement .....	4
1.1.2 Type de catastrophe .....	4
1.2 Les demandes de coopération sanitaire .....	5
1.2.1 Choix du moment de la demande .....	5
1.2.2 Adéquation de la demande .....	6
1.3 La réaction internationale .....	8
1.3.1 Objectifs de la réaction de l'OMS .....	8
1.3.2 Une réponse complémentaire .....	8
1.3.3 Le contexte politique international .....	8
1.4 Les intervenants dans l'organisation des secours .....	9
1.4.1 Communauté locale ou nationale .....	9
1.4.2 Pays voisins .....	9
1.4.3 Assistance de gouvernement à gouvernement .....	9
1.4.4 Système des Nations Unies .....	10
1.4.5 Système de la Croix-Rouge .....	10
1.4.6 Organisations non gouvernementales spécialisées dans le développement ou les secours .....	10
1.4.7 Groupes ad hoc .....	10
1.4.8 Opportunistes commerciaux .....	11
2. FACTEURS ET CRITERES RELATIFS A L'INTERVENTION DE L'OMS .....	11
2.1 Mandat de l'OMS dans les situations d'urgence .....	11
2.2 Rapports entre l'OMS et les autres intervenants .....	11
2.3 Objectifs de l'OMS .....	12
2.4 Critères relatifs à l'intervention de l'OMS .....	12
2.5 Les grandes lignes de la stratégie de l'OMS .....	13
2.5.1 Réaction immédiate de l'OMS (secours) .....	13
2.5.2 Rôle de l'OMS dans la réhabilitation .....	13
2.5.3 Rôle de l'OMS dans la reconstruction .....	14
3. DETAILS DE LA STRATEGIE PAR TYPE DE CATASTROPHE .....	15
3.1 Rôle de l'OMS .....	15
3.2 Catastrophes naturelles ou technologiques imprévues .....	15
3.2.1 Réponse immédiate (secours) .....	15
3.2.2 Réhabilitation à la suite d'une catastrophe imprévue	19
3.2.3 Reconstruction à la suite d'une catastrophe imprévue	21

	<u>Pages</u>
3.3 Famines .....	21
3.3.1 Préparation aux famines .....	22
3.3.2 Réhabilitation/reconstruction .....	23
3.4 Guerres civiles et conflits armés .....	24
3.4.1 Réponse immédiate (secours) .....	24
3.4.2 Réhabilitation .....	24
3.4.3 Reconstruction .....	24
3.5 Réfugiés .....	25
3.5.1 Réponse immédiate de l'OMS .....	25
3.5.2 Réhabilitation .....	25
3.5.3 Reconstruction, réinstallation et rapatriement .....	26
4. MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE .....	26
4.1 Les responsabilités au Siège de l'OMS .....	26
4.1.1 Répartition des responsabilités .....	26
4.1.2 L'approche fondée sur le travail d'équipe .....	27
4.2 Participation active des bureaux régionaux .....	27
4.3 Centres collaborateurs de l'OMS .....	28
4.4 Réexamen des accords interinstitutions existants .....	28
4.5 Développement d'attitudes appropriées .....	28
5. QUESTIONS ADDITIONNELLES .....	29
5.1 Accréditation des équipes médicales étrangères .....	29
5.2 Les communications en situation d'urgence .....	29
5.3 L'équilibre entre préparation et réaction .....	29
6. ASPECTS FONDAMENTAUX DE L'ORGANISATION DES SECOURS, DE LA REHABILITATION ET DE LA RECONSTRUCTION .....	30
6.1 Objectifs généraux .....	30
6.2 Réponse immédiate de l'OMS (secours) .....	30
6.3 Réhabilitation .....	30
6.4 Reconstruction .....	31
6.5 Rôle des centres collaborateurs de l'OMS .....	31
6.6 Collecte de fonds .....	31
6.7 Coopération interinstitutions .....	31

## DOCUMENT DE SYNTHESE

L'intervention de l'OMS après une catastrophe devrait englober une phase de secours (réaction immédiate), une phase de réhabilitation et une phase de reconstruction (développement).

Le rôle de l'OMS dépendra de la vulnérabilité du pays concerné; ceux qui sont particulièrement exposés aux catastrophes se reposeront bien davantage sur elle pour l'organisation des secours. Il sera également fonction de la nature des catastrophes. Celles qui surviennent soudainement, comme les tremblements de terre ou les éruptions volcaniques, posent à l'OMS d'autres problèmes que les famines ou les réfugiés.

L'OMS est loin d'être l'intervenant unique ou même principal pendant la phase consécutive à la catastrophe. En raison de son mandat, de ses compétences spécialisées et des liens particuliers qu'elle entretient avec le secteur sanitaire du pays touché, elle est cependant l'institution la mieux placée pour prendre la tête de l'action sanitaire. Ses objectifs devraient consister à apporter un soutien technique à l'intervention nationale et à orienter l'action internationale vers les besoins sanitaires réels.

Pendant la phase des premiers secours, la coopération de l'OMS devrait consister à fournir des compétences spécialisées de haut niveau pour le diagnostic de l'impact sanitaire, l'évaluation des besoins, la diffusion de commentaires et, d'une façon générale, la fourniture de conseils sur la gestion générale de la crise plutôt qu'à distribuer, suivant la tradition, des secours d'urgence.

Le défi sera particulièrement difficile à relever dans le sillage des catastrophes imprévues (naturelles ou technologiques) quand le temps manque pour suivre les procédures administratives habituelles ou pour procéder par tâtonnements. Devant un afflux de réfugiés et en cas de conflit armé, l'OMS devrait autant que possible se placer au-dessus des considérations politiques. Dans toute situation de ce type, sa crédibilité dépendra d'un apport de connaissances spécialisées de haut niveau, objectives et impartiales.

Une fois le stade de l'urgence passé, le rôle de l'OMS devra consister à conduire le pays vers une réhabilitation précoce et une reconstruction rapide, à mobiliser les ressources pour le développement ou le rétablissement des services de santé et à saisir les occasions de les améliorer ou de les restructurer. Les opérations de secours et de reconstruction devraient être placées sous la responsabilité d'unités ou rouages différents.

A cet effet, l'OMS devrait investir des ressources dans la formation de son propre personnel, dans la modification des attitudes de celui-ci à l'égard des activités à mener en cas de catastrophe ainsi que dans le renforcement et la spécialisation de ses centres collaborateurs, particulièrement dans les pays en développement.

Le succès de ces actions dépendra des efforts consentis par l'OMS, avant la catastrophe, pour préparer et former des personnels du ministère de la santé et dans ses propres rangs.

Tout en renforçant son rôle de chef de file effectif dans ce domaine, l'OMS devrait réaffirmer son mandat en négociant des protocoles d'accord avec d'autres institutions des Nations Unies ou en renégociant ceux déjà en vigueur.

Il sera essentiel de mobiliser des ressources. La Décennie internationale de la prévention des catastrophes (DIPCN) offre à la Division ERO de l'OMS une occasion unique pour établir des contacts directs avec les bureaux des secours humanitaires de la plupart des organismes bailleurs de fonds. Cette liaison entre ERO et les donateurs devrait s'opérer en coordination étroite avec d'autres initiatives de l'OMS pour la mobilisation de ressources.

## 1. GENERALITES

### 1.1 La vulnérabilité aux catastrophes : besoins des Etats Membres

Comme le montre le document sur la prévention, la préparation et la formation, le degré de vulnérabilité aux catastrophes est différent pour chaque Etat Membre de l'OMS. Il résulte d'un ensemble de facteurs dont l'ampleur du péril (facteur de risque), les ressources humaines et matérielles disponibles dans le pays et le niveau du programme national de prévention et de préparation variable suivant les pays. En conséquence, les besoins des divers Etats Membres sont aussi très différents. La contribution potentielle de l'OMS et son rôle dans l'intervention en cas de catastrophe différeront suivant les circonstances.

#### 1.1.1 Niveau de développement

Les besoins en assistance sanitaire des pays disposant de ressources limitées, tels que les pays les moins développés, différeront par leur nature et leur ampleur de ceux de pays en développement plus avancés tels que l'Inde, le Mexique ou le Brésil. A l'autre extrémité du spectre, on peut supposer que les pays fortement industrialisés auront moins besoin d'une coopération technique importante de l'OMS.

L'intervention de l'OMS en cas de catastrophe devrait être adaptée aux besoins effectifs des pays. L'Organisation pourra, par exemple, être appelée à jouer un rôle opérationnel de premier plan dans l'intervention sanitaire dans les petits Etats et les pays les moins avancés - dont la capacité opérationnelle risquera d'être paralysée par le désastre - ou, au contraire, se contenter de se tenir prête à intervenir et de jouer le rôle d'observateur dans des pays plus développés.

#### 1.1.2 Type de catastrophe

A l'évidence, l'intervention de l'OMS en situation d'urgence variera sensiblement selon qu'il s'agit d'un tremblement de terre, d'un conflit civil ou d'une sécheresse. On envisagera donc plusieurs types d'urgences consécutives à une catastrophe :

- . Les catastrophes imprévues telles que les tremblements de terre, les ouragans, les cyclones, les inondations, les éruptions volcaniques et les incidents comme la tragédie du lac Nyos au Cameroun, où les besoins sanitaires et médicaux sont immédiats mais de brève durée. En pareil cas, il n'est pas possible de procéder par tâtonnements; toute erreur, tout retard dans l'intervention d'urgence de l'OMS sont irrattrapables. La phase de l'urgence absolue ne dure qu'une semaine ou deux.
- . Les catastrophes naturelles d'apparition progressive telles que la sécheresse, où il est difficile de tracer la frontière entre activités de développement et opérations de secours d'urgence. Un réglage fin de la coopération internationale par la méthode des approches successives y est souvent de règle et la "situation d'urgence" est de longue durée.
- . Les accidents chimiques ou nucléaires, survenus au cours des dernières années, ont montré qu'ils n'étaient pas l'apanage exclusif des pays développés. En pareil cas, l'intervention extérieure est rendue plus

difficile par la nécessité de disposer, en sus de l'expérience générale de la "prise en charge des crises" attendue des personnels de la Division ERO de l'OMS ou des services nationaux, de compétences techniques hautement spécialisées. En présence de rayonnements ionisants, ce problème est encore compliqué dans de nombreux pays par des questions de sécurité nationale. Lorsque l'OMS intervient pour faire face à une catastrophe technologique, elle devrait éviter les chevauchements entre ses responsabilités et fonctions et celles de l'Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA) à Vienne ou le Programme international sur la sécurité des substances chimiques. Comme dans le cas des catastrophes imprévues, l'intervention de l'OMS devrait être à la fois prompte et adaptée, les possibilités de corrections ultérieures étant très limitées. La Division ERO de l'OMS devrait assumer un rôle directeur et coordonnateur en matière de préparation aux désastres technologiques et d'intervention.

- . En cas de conflit armé, la situation de la plupart des institutions des Nations Unies ou des organismes intergouvernementaux est si délicate qu'on risque d'empêcher d'apporter leur coopération au moment et dans les lieux où elle est le plus nécessaire. La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et les ONG constituent alors des partenaires ou des remplaçants temporaires particulièrement efficaces.
- . Les flux de réfugiés (ayant franchi une frontière et, partant, bénéficiaires de la protection internationale) résultent souvent d'un conflit armé ou de catastrophes naturelles à effets progressifs. Leurs conséquences sanitaires sont de longue durée. Toutefois, ce type de situation comporte aussi des aspects politiques susceptibles de compromettre la mise en oeuvre effective de l'intervention de l'OMS. La coopération avec le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et ses partenaires opérationnels dans le domaine sanitaire appelle de nouvelles discussions susceptibles de conduire à des modifications et à des améliorations par la méthode des approximations successives.
- . Epidémies ou flambées de maladies transmissibles. L'intervention en cas d'épidémie est l'une des principales tâches de l'OMS, particulièrement en Afrique où le risque est élevé et où les ressources locales sont maigres. Le rôle directeur de l'OMS dans ce domaine paraît largement admis. Au sein de l'Organisation, l'apport technique du programme élargi de vaccination, du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques et de la Division des Maladies transmissibles est complété par les compétences spécialisées en matière de prise en charge des crises et par le soutien logistique de la Division des Opérations de Secours d'Urgence. La question de flambées épidémiques ne sera pas examinée plus avant dans le présent document.

## 1.2 Les demandes de coopération sanitaire

En vertu du principe du respect de la souveraineté de chaque Etat Membre, l'aide extérieure à la suite d'une catastrophe devrait être dispensée à la demande des autorités nationales. Dans la pratique, d'importants problèmes peuvent toutefois se poser : souvent, les demandes arrivent tard et sont inappropriées et/ou non coordonnées.

1.2.1 Choix du moment de la demande : Surtout s'il s'agit d'une catastrophe imprévue, le recueil de données s'opère dans un contexte de communications interrompues et de dégâts importants. En l'absence de plans d'urgence nationaux et de dispositions permanentes au niveau bilatéral ou multilatéral, l'intervention de l'OMS ou de la communauté internationale est souvent déclenchée par un S.O.S. initial non spécifique. Cette situation laisse à chaque intervenant extérieur une large marge de manoeuvre qui n'est pas toujours sans inconvénients. Souvent, les pays en développement touchés par de grandes catastrophes soudaines ne comprennent pas la pression insoutenable

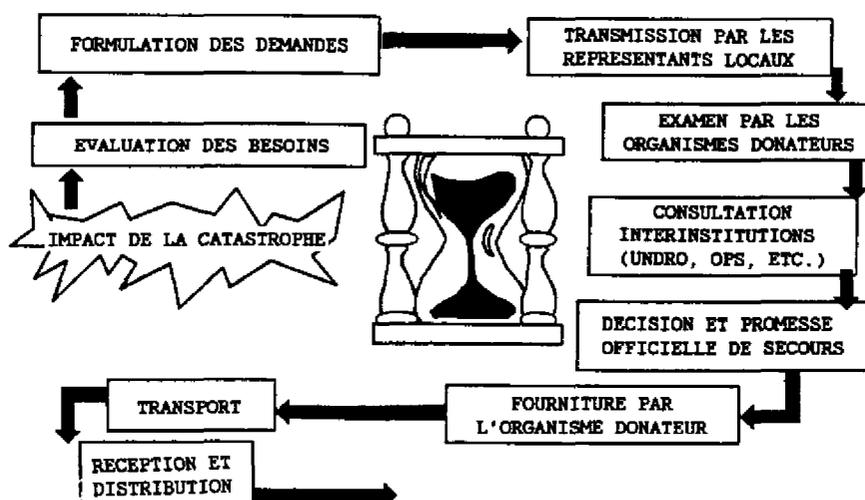
exercée par l'opinion publique sur les organisations humanitaires et les gouvernements pour qu'ils réagissent de manière visible et immédiate face aux scènes tragiques diffusées par la télévision aux heures de grande écoute.

1.2.2 Adéquation de la demande : Comme l'indique le manuel de l'OMS, l'Organisation répond aux besoins "réels"; elle doit d'ailleurs faire preuve d'une grande subtilité dans leur évaluation pour déterminer s'ils répondent effectivement à ce critère. Les décisions reposent sur une connaissance approfondie de la dynamique sanitaire des catastrophes ainsi que de la réaction internationale et de la situation socio-économique et politique du pays touché. Les facteurs qui influent sur les demandes de coopération technique et matérielle sont multiples :

- . Le phénomène connu par les donateurs sous le nom de "syndrome de la liste d'achats" illustre bien cette situation. Les Etats Membres qui soumettent une liste des secours demandés déraisonnable par sa longueur et parfois sans rapport avec la nature et l'ampleur des problèmes sanitaires attendus, de même que les institutions des Nations Unies qui entérinent ces demandes sans discrimination, compromettent leur crédibilité. Parfois, il s'agit d'une tentative d'obtenir gratuitement du matériel ou des fournitures destinés à une autre fin. Mais, le plus souvent, cette surestimation des besoins est le fait de responsables sanitaires qui se trouvent sous le choc et qui n'ont pas l'habitude des grandes catastrophes ou ne sont pas préparés à les affronter.
- . Des demandes "raisonnables" en apparence peuvent aussi se révéler chronologiquement inopportunes pour des raisons techniques. Les autorités peuvent omettre de tenir compte du délai nécessaire entre le diagnostic du problème et l'intervention effective de l'OMS ou de la communauté internationale (Fig. 1). Les produits périssables ou les services demandés pour résoudre les problèmes sanitaires "d'hier" arrivent trop tard pour être utiles.

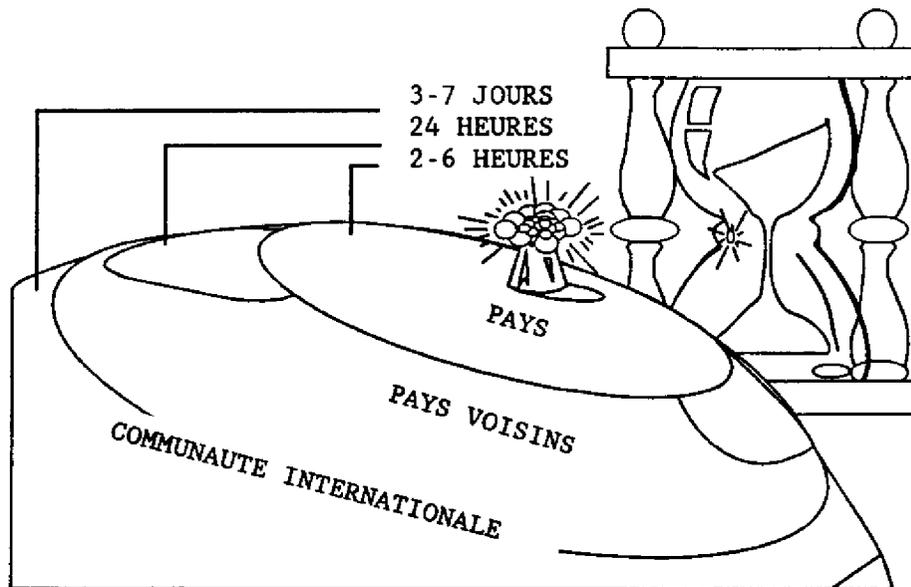
FIGURE 1

DELAIS ENTRE LA DEMANDE DE SECOURS ET LEUR ARRIVEE



Les équipes de recherche et de sauvetage, ou les équipes médicales en provenance de pays éloignés, constituent un exemple de secours qui ont peu de chances d'arriver au moment où l'on en a le plus besoin (Fig. 2).

FIGURE 2



- . Dans d'autres cas, les demandes formulées à la suite d'une catastrophe imprévue peuvent résulter de mythes très répandus. A titre d'exemple, on peut citer la croyance suivant laquelle les cadavres non enterrés provoquent des épidémies (annexe 1 - "Myths and Realities of Natural Disasters" - en anglais seulement).
- . Souvent, les demandes manquent de précision. Les appels non spécifiques concernant des médicaments et des denrées alimentaires peuvent susciter des réactions inappropriées. Les pays touchés risquent alors de recevoir des aliments inconnus des populations locales ou incompatibles avec leurs coutumes, ou encore des technologies trop avancées pour se révéler efficaces sur place.
- . L'absence de coordination due à des carences de la planification et de la préparation à l'échelon national se traduit par des demandes multiples d'assistance sanitaire émanant d'instances officielles ou non telles que les ministères de la santé publique, les services de la protection civile, les comités nationaux d'urgence, les ministères des affaires étrangères, les bureaux de la Présidence, les sociétés locales de la Croix-Rouge, les ONG locales et internationales, la presse ou les radio-amateurs. Le problème est encore compliqué par le fait que tous les donateurs se voient souvent adresser la même liste des besoins sans indication des priorités. Il en résulte une pléthore de dons portant sur les articles les plus "attractifs", cependant que d'autres besoins demeurent insatisfaits. La responsabilité d'une coordination des dons incombe, au premier chef, aux autorités nationales, souvent non préparées à cette tâche difficile. Dans les cas des catastrophes de longue durée, un dialogue et des rouages consultatifs internationaux permettent progressivement de surmonter ces difficultés. Pendant les premières journées chargées d'émotion qui suivent des catastrophes soudaines - naturelles ou technologiques - le

"leadership" énergique et compétent de l'OMS peut jouer un rôle capital dans une adaptation aussi rigoureuse que possible de l'assistance extérieure aux besoins sanitaires "réels" de la population.

### 1.3 La réaction internationale

#### 1.3.1 Objectifs de la réaction de l'OMS

L'intervention sanitaire d'urgence de l'OMS devrait se fixer les buts suivants :

- . contribuer à atténuer les conséquences sanitaires (immédiates ou à long terme) de la catastrophe;
- . soutenir les autorités sanitaires et les aider à organiser les secours;
- . orienter l'assistance de la communauté internationale vers les priorités sanitaires réelles des pays touchés.

La politique régionale adoptée à l'unanimité par tous les ministères de la santé des Amériques (annexe 2) illustre bien ces objectifs.

#### 1.3.2 Une réponse complémentaire

Pour être efficace, une intervention doit avant tout compléter, et non pas remplacer, les ressources locales. Parfois, la communauté internationale souhaiterait légitimement avoir la possibilité de se substituer dans une certaine mesure à un gouvernement qui refuse de faire face à ses responsabilités humanitaires à l'égard d'une partie de sa population. Mais en sa qualité d'organisme intergouvernemental, l'OMS n'a pas cette possibilité. A l'inverse, il est déjà arrivé trop souvent que les donateurs soient motivés par des considérations nationales, politiques ou liées à la collecte de fonds. Ils se sont alors substitués sans nécessité aux autorités ou aux services sanitaires du pays, imposant ainsi des normes ou des technologies inappropriées à la veille de la catastrophe et qui seront inaccessibles au lendemain de leur brève intervention. Cette "assistance" retarde la lente progression vers l'autonomie et le développement sanitaire appuyée par l'OMS.

Les populations exposées aux catastrophes ont acquis une expérience considérable en matière de réactions appropriées aux situations d'urgence. L'assistance extérieure devrait s'en inspirer.

#### 1.3.3 Le contexte politique international

Des considérations sans aucun lien avec les intérêts sanitaires des victimes assument souvent une importance primordiale dans les situations d'urgence. Les grandes catastrophes sont fortement médiatisées et assurent une "visibilité" considérable à certaines personnes et à certains organismes. Souvent, on exagère les carences de la réaction locale ou la rapidité (plutôt que l'efficacité) de la réaction internationale.

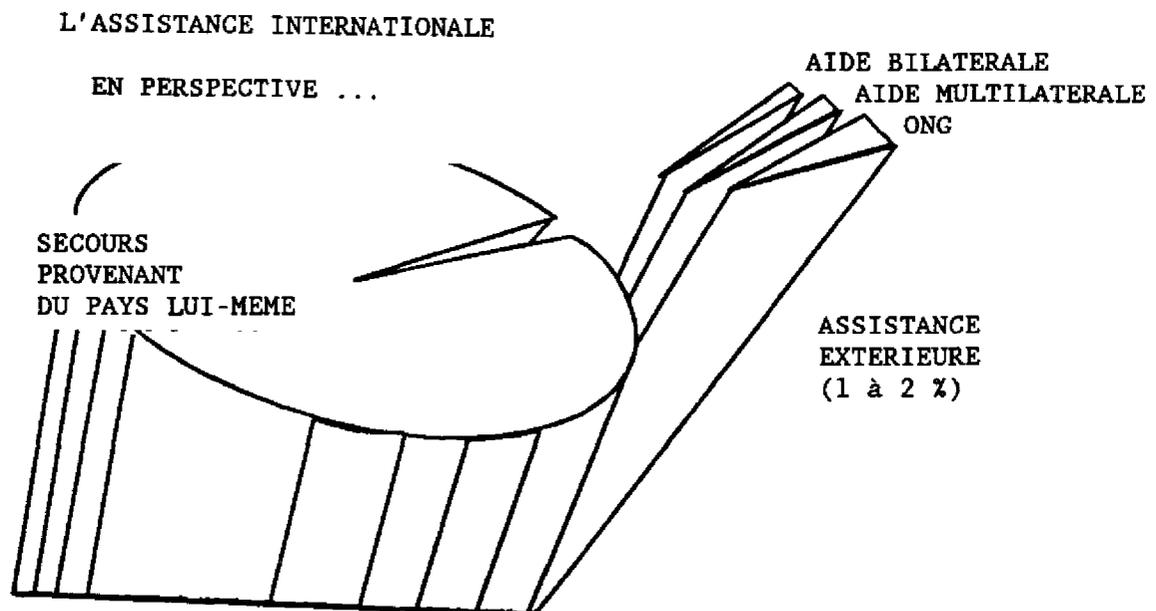
Dans le cas des catastrophes largement répercutées par les médias, le désir d'être "vu le premier sur les lieux" risque de transformer l'assistance internationale en une course destinée à servir les intérêts des gouvernements et des organismes intéressés. Souvent, les médias jouent le rôle d'arbitres. L'enjeu est l'opinion publique nationale, facteur important dans les démocraties où elle influe sur l'élection des responsables politiques, ainsi que sur les dons aux ONG.

#### 1.4 Les intervenants dans l'organisation des secours

##### 1.4.1 Communauté locale ou nationale

Nous oublions trop souvent que l'intervention vient essentiellement de la communauté locale (c'est-à-dire de celle qui est touchée par la catastrophe) ou du pays intéressé. L'assistance extérieure apportée après une catastrophe naturelle ne constitue qu'une partie infime de l'aide totale (Fig. 3). La situation peut être fort différente dans le cas des conflits armés et des grands mouvements de population dans les pays les moins avancés, en ce sens que la majeure partie de l'aide humanitaire provient alors de la communauté internationale.

FIGURE 3



##### 1.4.2 Pays voisins

Les populations des pays avoisinants apportent une contribution précieuse en fournissant une assistance directe, particulièrement lorsque les distances sont courtes - comme dans la région des Caraïbes - ou en abritant des réfugiés, par exemple en Afrique. Lorsqu'elle existe, cette forme d'assistance est la mieux appropriée : culturellement compatible, elle est facile à obtenir et conforme à l'esprit de la coopération technique entre pays en développement (CTPD).

##### 1.4.3 Assistance de gouvernement à gouvernement

L'assistance bilatérale reste dans les catastrophes de toute nature l'une des formes les plus organisées et efficaces d'assistance matérielle. Les gouvernements ou les organismes traditionnellement "donateurs" ont accès à des sources directes d'information, à des fonds, à des fournitures, à des personnels et à des moyens de transport qui dépassent les possibilités de n'importe quelle institution des Nations Unies. Cependant, les intérêts nationaux peuvent influencer sur la distribution de ces ressources.

#### 1.4.4 Système des Nations Unies

En plus de l'OMS, divers organismes ou bureaux exercent une influence directe sur l'assistance sanitaire ou la fournissent eux-mêmes. Citons notamment l'UNDRO/PNUD, le HCR, l'UNICEF, la FAO/PAM, l'AIEA, l'UNOCA et l'UNRWA. Le principal avantage du système des Nations Unies réside dans la large acceptation politique dont il jouit et dans son expérience considérable en matière de coopération technique avec les pays Membres en voie de développement. Pour remplir cet office, ce système ne possède pour ainsi dire aucune ressource nationale ou financière propre. On trouvera à l'annexe 3 (en anglais seulement) une synthèse des mandats des principales institutions des Nations Unies.

#### 1.4.5 Système de la Croix-Rouge

Les sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont à même d'apporter aux autorités sanitaires un soutien puissant dans les situations d'urgence. L'aide humanitaire est même leur raison d'être. A l'échelon international, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et le Comité international de la Croix-Rouge (CICR), ayant l'une et l'autre leur siège à Genève, jouent un rôle de premier plan; la première au regard des catastrophes naturelles ou technologiques et le second en cas de conflit civil. La capacité opérationnelle de ces deux entités et le mandat du CICR en cas de conflit armé compensent les limites qu'impose à l'OMS sa qualité d'institution spécialisée des Nations Unies. On trouvera à l'annexe 4 (en anglais seulement) une synthèse des mandats de la Ligue et du CICR.

#### 1.4.6 Organisations non gouvernementales spécialisées dans le développement ou les secours

Depuis les grandes organisations orientées vers le développement jusqu'aux petits groupes spécialisés dans les secours, et depuis les organisations multinationales connues jusqu'aux associations locales, les ONG privées assurent des services de santé à des milliers de groupes ou de zones sous-desservis par les services nationaux de santé. Dans certains Etats Membres, le simple poids du nombre de ces organismes ou leur méfiance à l'égard des administrations centrales font de la coordination un défi de première grandeur pour le ministère de la santé publique, même en temps normal. Lorsque survient une catastrophe, les ONG comblent des lacunes inévitables dans les secours officiels grâce à leurs liens directs et étroits avec les bénéficiaires de leur action.

Ces organismes ont directement accès au grand public dans les pays développés et riches, ce qui leur permet de canaliser directement vers les victimes des catastrophes d'importantes ressources pour les secours, la réhabilitation et la reconstruction. Les pays en développement n'ont pas d'autres moyens d'accéder à ces ressources. Les opérations de secours prises en charge par le système des Nations Unies - par exemple les camps de réfugiés gérés par le HCR ou d'autres institutions des Nations Unies - dépendent fréquemment de leurs partenaires opérationnels pour la prestation effective des services.

#### 1.4.7 Groupes ad hoc

Les groupes de personnes bien intentionnées qui s'unissent pour faire face à une situation d'urgence spécifique ou les associations professionnelles (syndicats de médecins, chambres de commerce), les sociétés privées ou d'autres entités disposées à offrir directement des biens ou des services aux victimes d'une catastrophe relèvent d'une catégorie spéciale d'ONG. Bien informés, ces groupes apportent une coopération précieuse et efficace. Mais, dans le cas contraire, ils risquent de causer d'innombrables problèmes tels que les dons inappropriés ou l'arrivée de volontaires non demandés ou préparés qui constituent une charge pour les autorités locales.

#### 1.4.8 Opportunistes commerciaux

La contribution du secteur privé est, dans l'immense majorité des cas, généreuse et efficace, comme en témoignent notamment les dons faits à la Croix-Rouge ou à des ONG expérimentées, le soutien à des actions bilatérales ou relevant des Nations Unies ou l'assistance directe à des employés ou à des communautés locales. Mais les catastrophes donnent aussi à une petite minorité l'occasion de tirer profit de la situation, rapidement et sans effort. Le dumping (donnant lieu à des déductions fiscales) de produits pharmaceutiques ou alimentaires inappropriés, l'action de groupes de pression sur le pouvoir politique ou la publicité mensongère de produits coûteux tels que les unités chirurgicales mobiles aéroportées qui proposent des services ne convenant pas aux circonstances (et qui absorbent subséquemment des fonds qui seraient mieux employés pour les aspects prioritaires des secours et de la réhabilitation) se rencontrent fréquemment. Les fonctionnaires responsables des secours et de la santé ainsi que les représentants de l'OMS ne sont pas nécessairement préparés à y faire face.

## 2. FACTEURS ET CRITERES RELATIFS A L'INTERVENTION DE L'OMS

### 2.1 Mandat de l'OMS dans les situations d'urgence

Le mandat de l'OMS en cas de situation d'urgence est défini par sa Constitution, dont le chapitre II (Fonctions), article 2 d), stipule notamment que l'Organisation fournit l'assistance technique appropriée et, dans les cas d'urgence, l'aide nécessaire, à la requête des gouvernements ou sur leur acceptation. En outre, de nombreuses autres fonctions officielles de l'OMS concernent les situations d'urgence autant que le développement sanitaire général. Celles relatives à la prévention, à l'éducation, à la qualité de soins et à la coopération avec d'autres institutions spécialisées, par exemple, concernent la Division ERO au même titre que les autres unités techniques.

De nombreuses résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé et des comités régionaux ont renforcé et confirmé le rôle de l'OMS dans des situations de catastrophe spécifiques. Sous réserve de l'accord et d'une demande du pays touché, il n'existe pas ou guère de limites préétablies au rôle que l'OMS pourrait théoriquement jouer dans le domaine général de la santé.

### 2.2 Rapports entre l'OMS et les autres intervenants

L'OMS en général, et ERO en particulier, ont accompli des efforts remarquables et réalisé des progrès substantiels en ce qui concerne l'instauration et le renforcement de liens de collaboration avec la plupart des autres intervenants.

Au sein du système des Nations Unies, des protocoles d'accord officiels ont été signés par l'OMS avec le Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe (UNDRO), le HCR et l'UNOCA. Ces accords (annexe 5 - en anglais seulement) font l'objet de révisions et de mises à jour périodiques. Des échanges de lettres ont aussi eu lieu avec la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et avec le CICR (annexe 6 - en anglais seulement).

Il existe des dispositifs et des procédures pour l'établissement de relations officielles entre l'Organisation et les organisations non gouvernementales. On trouvera dans la liste de l'annexe 7 (en anglais seulement) les ONG qui s'occupent tout particulièrement de l'organisation des secours après une catastrophe. En janvier 1989, l'OMS a organisé une réunion consultative à New York avec 40 ONG ayant leur siège aux Etats-Unis d'Amérique et au Canada. Les discussions ont porté sur des activités sanitaires conjointes dans le cadre de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles.

Au niveau des pays, des relations de travail ont été nouées avec les organisations oeuvrant dans le domaine de la santé. Des points focaux ont été désignés tant au Siège que dans les bureaux régionaux pour maintenir la liaison avec les ONG pour toutes les activités programmatiques de l'OMS.

Il n'existe pas de dispositif officiel pour promouvoir la contribution du secteur privé aux priorités en matière de secours sanitaires et de réhabilitation des pays touchés par des catastrophes.

### 2.3 Objectifs de l'OMS

L'intervention de l'OMS en cas de catastrophe prolonge ses activités normales de coopération technique, notamment en matière de prévention et de préparation. Elle répond donc aux mêmes objectifs de base :

- . Promouvoir et favoriser la mise sur pied ou le renforcement, au ministère de la santé, d'un programme technique responsable de la planification et de la coordination permanentes et préalables à toute catastrophe des activités de secours du secteur sanitaire.
- . Promouvoir et favoriser la formation des personnels nationaux nécessaires à une réaction sanitaire efficace en cas de catastrophe.
- . Favoriser une coopération étroite entre le ministère de la santé, d'autres instances gouvernementales, des organisations non gouvernementales (ONG), les services de la protection civile et les représentants de la communauté internationale, avant, pendant et après les catastrophes.
- . Améliorer l'assistance sanitaire de la communauté internationale à un pays touché par une catastrophe.

En sa qualité d'organisme chargé de favoriser le développement, l'OMS ne doit jamais perdre de vue, lorsqu'elle fournit des secours immédiats, les priorités sanitaires à moyen et à long terme définies au niveau mondial par l'Assemblée mondiale de la Santé et à l'échelon des pays par les ministères de la santé publique. Les activités de type humanitaire (EPR) doivent préparer le terrain, puis être remplacées dès que possible par des programmes de réhabilitation et de reconstruction (REL), au profil plus bas.

### 2.4 Critères relatifs à l'intervention de l'OMS

- . En sa qualité d'institution des Nations Unies responsable de la santé, l'OMS doit proposer ou fournir une coopération compétente et visible à la suite d'une catastrophe, quelle qu'elle soit. Un dispositif interne efficace de réaction rapide est donc non un luxe, mais une nécessité.
- . Par son intervention, l'OMS devrait servir de modèle créatif à la communauté internationale ("leadership") et non s'efforcer de reproduire les activités d'autres organismes (approche "moi aussi").
- . L'OMS devrait concentrer son action sur les domaines où elle excelle et qui correspondent à son rôle, qu'aucune autre entité ne peut ni ne doit jouer.
- . L'OMS devrait veiller à une coordination et à une intégration étroites de ses activités dans le cadre de l'intervention du système des Nations Unies et accepter de jouer un rôle coordonnateur en dehors de ce système.
- . L'intervention de l'OMS devrait favoriser la CTPD en faisant appel, au plan tant régional que mondial, aux connaissances spécialisées émanant d'autres pays en développement.

## 2.5 Les grandes lignes de la stratégie de l'OMS

### 2.5.1 Réaction immédiate de l'OMS (secours)<sup>1</sup>

L'OMS doit être prête à apporter une coopération technique immédiate (secours) après la quasi-totalité des catastrophes (naturelles ou technologiques, déplacements de population, etc.). Un ensemble de fonctions de base sera complété par des activités additionnelles dépendant des circonstances et des ressources.

Les fonctions de secours de base pourront comporter :

- . l'aide au diagnostic rapide des effets sur la santé et à l'évaluation objective des besoins immédiats non satisfaits;
- . la diffusion de commentaires faisant autorité concernant l'aide sanitaire d'urgence demandée à la communauté internationale;
- . la participation à la coordination de l'assistance sanitaire internationale;
- . la fourniture de conseils techniques sur la prise en charge sanitaire générale de la crise immédiate;
- . l'envoi (sélectif) de fournitures;
- . une fonction "mémoire mondiale du secteur de la santé" consistant à sauver de l'oubli les données et les leçons de l'expérience.

La Division ERO de l'OMS, responsable de la préparation aux catastrophes, est la mieux placée pour assurer ces opérations de secours immédiates dont la durée peut n'atteindre que 8 à 10 jours pour les catastrophes imprévues.

### 2.5.2 Rôle de l'OMS dans la réhabilitation

Les besoins en coopération extérieure ne diminuent pas avec le temps. Au contraire, ils augmentent au moment précis où l'intérêt de la communauté internationale risque de commencer à s'émousser. En d'autres termes, on en fait trop pendant la phase des secours et bien trop peu pendant celle de la réhabilitation. La coopération en vue de la réhabilitation et de la reconstruction doit démarrer en même temps que les secours immédiats. Après une catastrophe soudaine, la réhabilitation ne dure parfois que de 4 à 6 semaines.

L'OMS ne joue pas un rôle aussi direct ou exclusif dans les opérations de secours proprement dites que les services nationaux de santé. Elle a donc une vision plus globale de la situation, et elle possède les compétences nécessaires pour accélérer le passage des secours au développement ou au redéveloppement et pour activer le processus de récupération. La phase de la réhabilitation fournit une excellente occasion de restructurer et d'améliorer les services de santé plutôt que de continuer à en assurer le fonctionnement dans les limites existantes.

---

<sup>1</sup> Les secours, la réhabilitation et la reconstruction sont définis dans le document "Le rôle de l'OMS dans la gestion des situations de catastrophe : prévention, préparation, formation", section 1.2.3. L'utilisation faite actuellement du terme "secours" par la Division ERO de l'OMS pour désigner des activités de réhabilitation et de reconstruction à long terme est susceptible d'induire en erreur. Pour la majeure partie de la communauté internationale, les secours se bornent à la réaction immédiate.

Parmi les fonctions de réhabilitation de base, on peut citer :

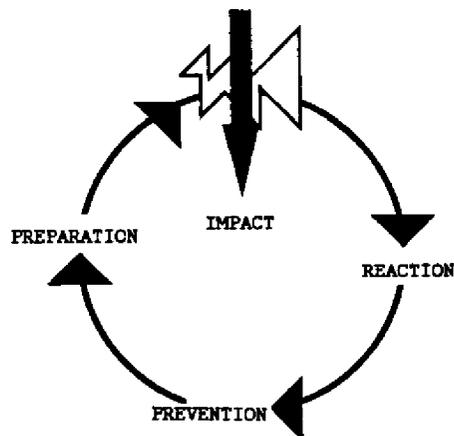
- . l'évaluation des besoins en vue du rétablissement temporaire des services normaux;
- . la formulation de projets de réhabilitation à court terme;
- . la diffusion d'informations sur les priorités sanitaires et la mobilisation de ressources.

### 2.5.3 Rôle de l'OMS dans la reconstruction

Pendant la phase de réhabilitation, des mesures temporaires ou provisoires sont proposées pour faire face à des problèmes et à des besoins à long terme. Au stade de la reconstruction, des solutions permanentes visent à créer, à reconstruire ou à améliorer le système de prestation de soins de santé à l'aide de méthodes et de techniques de développement bien connues. Cette phase offre aussi l'occasion idéale d'intégrer la prévention des catastrophes et la préparation dans ce domaine aux activités générales de développement. Le "cercle de la catastrophe" (Fig. 4), qui va de la prévention à la réaction pour revenir à la prévention, est fermé.

FIGURE 4

#### LE CERCLE DE LA CATASTROPHE



Cependant, le contexte politique spécial et l'urgence du processus, particulièrement à la suite d'un conflit, nécessiteront un soutien logistique exceptionnel et des procédures administratives simplifiées, domaine où la Division ERO de l'OMS excelle.

Les principales fonctions de reconstruction devraient notamment comporter :

- . la promotion de l'établissement d'un plan directeur de reconstruction ou de restructuration des services de santé;
- . un vigoureux encouragement à l'intégration des priorités du plan directeur sanitaire dans le programme global de reconstruction au niveau des institutions des Nations Unies et des organismes bilatéraux et nationaux;
- . les priorités dans la mobilisation des ressources;
- . le "leadership" international et la coopération technique pour l'exécution du plan directeur.

Après la plupart des catastrophes, cette phase prend plusieurs années.