

3. DETAILS DE LA STRATEGIE PAR TYPE DE CATASTROPHE

3.1 Rôle de l'OMS

Comme on l'a vu dans l'introduction, la mise en oeuvre du rôle envisagé pour l'OMS à l'issue d'une catastrophe devra varier suivant les circonstances. Son action en matière de secours, de réhabilitation et de reconstruction dépendra du type de catastrophe et de sa localisation. Dans les sections qui suivent, on tentera d'illustrer le rôle de l'OMS dans une variété de scénarios, en commençant par les catastrophes imprévues qui appellent une réaction immédiate et massive.

Les différences entre d'autres types de catastrophe - famines, sécheresse, conflits armés, guerres et problèmes de réfugiés à grande échelle - et les impératifs spéciaux qui s'y attachent seront examinés plus loin.

3.2 Catastrophes naturelles ou technologiques imprévues

3.2.1 Réponse immédiate (secours)

i) Diagnostic sanitaire rapide et évaluation crédible des besoins

La contribution la plus précieuse de l'OMS consistera à fournir un soutien immédiat en vue d'un diagnostic rapide des effets sanitaires et une évaluation des besoins d'assistance extérieure. Le diagnostic de l'impact sanitaire devra être effectué par des spécialistes confirmés des catastrophes connaissant bien le pays ainsi que les problèmes auxquels on peut réellement s'attendre, compte tenu de la catastrophe et du contexte épidémiologique.

Pour évaluer les besoins, les experts devront établir une projection fondée sur les ressources existantes ou prévues. Il ne s'agira pas d'un exercice statistique, car les résultats obtenus devraient influencer sur les décisions. En règle générale, le problème le plus ardu consistera à évaluer sous l'angle de la santé publique la situation médicale (traumatismes et blessures). La question de la quantité exacte d'informations nécessaires et susceptibles d'être recueillies à temps pour influencer sur les décisions nationales ou internationales au cours des 24 premières heures - d'une importance critique - après un tremblement de terre n'a pas encore trouvé de réponse définitive.

L'estimation du nombre des victimes ou des hôpitaux et des centres de santé endommagés constitue une donnée de fond importante. Mais ce que la communauté internationale attend réellement de l'ONU et de l'OMS, c'est une indication concernant ce qu'il faut faire ou envoyer - en d'autres termes une évaluation, faite de bonne foi, des besoins réels. En dépit des 12 000 victimes et de la destruction de 4000 lits d'hôpitaux résultant du tremblement de terre de Mexico de 1985, le pays n'avait besoin ni d'une assistance médicale internationale (on compte à Mexico 20 000 médecins), ni de médicaments (le Mexique est l'un des grands exportateurs mondiaux de produits pharmaceutiques), ni d'hôpitaux de campagne (le taux d'occupation des lits hospitaliers n'a jamais dépassé 95 %). Voilà le type de renseignements que les consultants de l'OMS et leurs homologues du pays touché doivent pouvoir fournir dans les 24 heures ! Ce genre de savoir-faire ne s'improvise pas. Une fois encore, il exige une bonne connaissance non seulement des catastrophes, mais aussi du pays. Le personnel de l'OMS en poste dans le pays touché ou dans la sous-région est le mieux placé pour s'acquitter de cette tâche. Il doit avoir subi une formation et une préparation précises dans des pays fortement exposés aux catastrophes. Néanmoins, il faudra envoyer sur place des spécialistes des catastrophes de la Division des Opérations de Secours d'Urgence travaillant à plein temps en respectant l'ordre suivant des priorités : experts de la sous-région, de la région et, en dernier recours, du programme mondial.

Les victimes ne représentent que l'un des problèmes consécutifs à une catastrophe. Le diagnostic de la situation sanitaire et l'évaluation des besoins devraient s'effectuer suivant une approche pluridisciplinaire. L'équipe d'évaluation dans la région des Caraïbes relevant d'AMRO et qui est placée en état d'alerte pendant toute la saison des cyclones comprend un spécialiste des catastrophes, un épidémiologiste, une infirmière, un nutritionniste, un ingénieur sanitaire et un expert en services de santé. L'expérience acquise à l'occasion des ouragans survenus dans le passé a montré qu'il faudrait peut-être davantage d'experts encore ! Elle a également confirmé que l'utilité des listes de contrôle épidémiologiques ou des principes directeurs élaborés à l'échelon mondial ou régional était très limitée.

En cas d'accident chimique ou radiologique, il faudra adjoindre aux "généralistes des catastrophes" des experts moins nombreux mais hautement spécialisés tels que les toxicologues. (Sur le terrain d'une part et, à l'échelon international, dans la Division ERO d'autre part, la responsabilité globale devrait toutefois incomber aux généralistes.) Un large soutien de laboratoire (centres de référence et centres collaborateurs de l'OMS) sera indispensable. Les télécommunications - qui posent un problème majeur en cas de catastrophes naturelles - ne devraient pas causer, en l'occurrence, de difficultés insurmontables.

Après un accident nucléaire transfrontières, la réaction de l'OMS devrait s'inspirer du protocole d'accord conclu entre l'AIEA et l'OMS (annexe 8 - en anglais seulement), ainsi que des demandes et des besoins spécifiques de chaque pays; cette question est trop complexe pour être étudiée dans le cadre du présent document.

ii) Diffusion d'informations "faisant autorité"

L'OMS est l'institution des Nations Unies responsable de la diffusion d'informations "faisant autorité" au sujet des appels à une assistance sanitaire lancés à la communauté internationale. Dès les années 1970, une étude gestionnaire de l'OMS a cerné cette fonction capitale.

En assumant ce rôle, l'OMS sert non seulement les pays touchés, mais aussi tous ceux qui ont besoin d'orientations concernant les besoins réels en assistance sanitaire ou médicale. Les organismes qui entérinent des demandes officielles qui se révèlent par la suite dénuées de fondement risquent de perdre une bonne part de leur crédibilité.

Lorsqu'il se produit une catastrophe imprévue, l'OMS accroît son prestige si elle manifeste la volonté et possède les moyens de fournir immédiatement des indications claires aux donateurs (par exemple en leur donnant le "feu vert" pour les articles a, b et c, et en déclarant que les articles d et e ne sont pas approuvés ou qu'on attend à leur sujet des informations complémentaires). Les mécanismes consultatifs internes traditionnels comportant un va-et-vient entre le Siège, le bureau régional, le représentant de l'OMS et enfin le ministère de la santé publique sont tout simplement inopérants dans les situations d'urgence. Il faut souvent improviser rapidement les commentaires au téléphone. Seule une connaissance directe de la situation sanitaire générale du pays, ainsi que de l'épidémiologie de la catastrophe considérée, permettra au fonctionnaire responsable de répondre à des questions telles que la suivante : un de nos avions militaires va partir dans quatre heures; quelles fournitures médicales doit-il emporter ?

L'OMS est consciente de cet état de choses. En Europe et dans les Amériques, où il existe des programmes régionaux/sous-régionaux de préparation aux situations d'urgence, elle a délégué la responsabilité opérationnelle à des instances "plus proches" du pays touché. Il faudra toutefois recruter des conseillers à plein temps dans d'autres bureaux régionaux afin de pousser plus loin la décentralisation.

En résumé, des commentaires indépendants, sans compromis, mais techniquement objectifs concernant les appels internationaux vaudront le soutien des donateurs à l'OMS et à tous ses Etats Membres.

iii) La coordination de l'assistance sanitaire internationale

Dans ce domaine, la coopération de l'OMS sur le terrain a deux objectifs :

- a) réduire au minimum l'assistance spontanée ou improductive;
- b) obtenir le maximum de soutien pour les vraies priorités sanitaires.

La coopération de l'OMS a une dimension locale et une dimension internationale. A l'échelon international, le rôle de l'OMS devrait être proactif et consister à diffuser l'information par le canal de rapports de situation du Bureau du Coordonnateur des Nations Unies pour les secours en cas de catastrophe (UNDRO) ou des supports similaires, ou encore à rechercher ses propres voies de communication avec les principaux intervenants (organismes bilatéraux dont la CEE, certaines ONG, etc.). Des moyens modernes de communication - télécopie, télex et courrier électronique - devraient être effectivement attribués ou mis à la disposition des programmes ERO au Siège, dans les Régions et dans les sous-régions, afin de permettre une diffusion rapide des rapports de situation ou des directives de l'OMS.

Au niveau national ou local, le représentant de l'OMS doit jouer un rôle moteur au sein de l'équipe de secours des Nations Unies. Il devrait encourager le représentant résident du PNUD et les instances gouvernementales à organiser au plus tôt des réunions de donateurs. Le représentant de l'OMS devrait aussi favoriser certaines formes d'assistance ou s'efforcer d'en empêcher d'autres, suivant le cas, et veiller à ce que les besoins sanitaires demeurent l'une des principales préoccupations des donateurs. Cette forme d'action suppose que l'OMS ait pris une part active au diagnostic des effets sanitaires et à l'évaluation des besoins. Si son représentant n'a pas directement accès à des informations ou à des données spécifiques et fiables, ses appels à l'assistance sanitaire risqueraient de demeurer sans écho.

Il faudra établir une coordination entre les activités propres de l'OMS et celles des autres institutions des Nations Unies. En cas de catastrophe importante, le Secrétaire général des Nations Unies désigne généralement une institution responsable appartenant au système (par exemple l'OMS en cas d'épidémie et l'UNDRO s'il s'agit d'une catastrophe naturelle). Les rapports de situation de l'UNDRO sont un outil précieux pour faire connaître aux donateurs éventuels les priorités en matière de santé ainsi que ce qu'il faut faire et ne pas faire en matière d'assistance sanitaire. L'OMS devrait communiquer à l'UNDRO les informations en sa possession et veiller à ce que toutes les données et précisions d'ordre sanitaire figurant dans ses rapports de situation soient approuvées par l'OMS. Toutefois, ce mécanisme ne suffit pas à lui seul. La Division ERO de l'OMS devrait chercher à établir et à maintenir une liaison directe entre les donateurs et les autres institutions à l'échelon mondial, régional et local.

iv) Conseils sur la gestion des crises

Cette fonction capitale s'exerce au niveau national. L'OMS ne peut pas se permettre de fournir une assistance technique pour la préparation aux catastrophes et d'autres questions de développement sans prêter assistance au responsable de la gestion de la catastrophe pour le secteur sanitaire en temps de crise. L'équipe mobilisée ou envoyée par l'OMS devra donner des directives générales judicieuses à l'instance chargée de la gestion sanitaire générale de la crise. Des encouragements amicaux pourront aussi aider les ressortissants

nationaux à appliquer les principes appris à l'occasion d'activités de formation à l'organisation des secours en cas de catastrophe parrainées par l'OMS.

v) Approvisionnement

Tant pour le grand public que pour les fonctionnaires de l'OMS, l'intervention en cas de catastrophe est trop souvent synonyme d'approvisionnement. Un organisme technique spécialisé tel que l'OMS devrait s'attacher d'abord à fournir des services et des compétences techniques et spécialisées. La participation de l'OMS à l'approvisionnement devrait peut-être se borner aux cas suivants :

- . lorsque l'OMS est en mesure de procurer de manière plus rapide, plus sûre ou plus économique que les organismes bailleurs de fonds les fournitures médicales requises telles que les vaccins, les nécessaires d'urgence ou les antidotes spécialisés;
- . lorsque l'OMS fait don de fournitures financées sur son budget ordinaire;
- . lorsque matériels ou fournitures seront acceptés ou dédouanés plus facilement s'ils proviennent de l'OMS.

Dans les autres cas, l'OMS devrait s'efforcer essentiellement d'aider les pays à préciser clairement les caractéristiques techniques des fournitures demandées directement aux organismes bailleurs de fonds et donateurs.

vi) La "mémoire institutionnelle"

Compte tenu de la rareté relative des catastrophes majeures dans tout pays donné, il est de toute première importance qu'une instance quelconque enregistre, pour le compte de la communauté internationale, l'expérience acquise à cette occasion en matière d'organisation des secours sanitaires. Il se perd trop d'informations et de données d'expérience. En conséquence, l'histoire se répète; les mêmes mythes et les mêmes idées préconçues influent directement sur l'intervention locale et internationale à chaque nouvelle catastrophe. L'UNDRO s'acquitte de cette tâche au niveau plurisectoriel. Mais l'OMS devrait s'en charger pour le secteur sanitaire en prenant les dispositions suivantes :

- . conclure à l'avance des accords de recherche pour sauvegarder des données "périssables";
- . enregistrer les leçons de l'expérience présentant un intérêt général;
- . créer des cinémathèques, des vidéothèques et des photothèques en vue des activités futures en matière de préparation et de formation;
- . évaluer l'efficacité de sa propre intervention et la pertinence de ses directives relatives à l'organisation de secours en cas de catastrophe.

Les institutions scientifiques et universitaires désignées comme centres collaborateurs de l'OMS, particulièrement celles possédant des compétences en matière d'épidémiologie des catastrophes, devraient jouer dans ce domaine un rôle de premier plan.

vii) Fonctions additionnelles

Les besoins additionnels urgents en coopération technique de l'OMS à la suite d'une catastrophe soudaine peuvent être très divers : spécialistes des télécommunications ou de la logistique, experts de la détection des fuites

d'eau souterraine, anatomopathologistes légistes pour l'identification rapide des cadavres, spécialistes des brûlures, du syndrome d'écrasement, des prothèses ou des paraplégies, toxicologues et autres.

La contribution de l'OMS devrait consister à :

- . définir et/ou développer les compétences nécessaires à ses fonctionnaires (ainsi qu'au personnel des centres collaborateurs de l'OMS) dans des domaines hautement spécialisés jugés comme particulièrement importants pour la santé publique;
- . établir progressivement une cellule ou un tableau de consultants, de préférence dans des pays en développement sujets aux catastrophes;
- . encourager les organismes bilatéraux et les ONG à se spécialiser dans des domaines très précis, et leur transmettre les demandes.

Afin d'éviter les doubles emplois dans les actions et le gaspillage de ressources qu'on constate actuellement, l'OMS devrait promouvoir la spécialisation et la différenciation de l'assistance extérieure.

3.2.2 Réhabilitation à la suite d'une catastrophe imprévue

i) Evaluation des besoins en matière de réhabilitation

Quelques jours à peine après une catastrophe, les secours d'urgence destinés à sauver des vies humaines (recherche et sauvetage, soins médicaux aux victimes de traumatismes ou des sujets exposés à des substances dangereuses ou à des rayonnements) perdent de leur importance au profit du rétablissement des services requis pour la reprise d'une vie normale : abris temporaires, nourriture, eau, prévention des maladies transmissibles, santé psychique et mentale, etc.

L'équipe d'évaluation OMS devrait prendre la tête de ce passage à la réhabilitation. La phase des premiers secours devrait rester aussi brève que possible. Dans le cas des catastrophes naturelles, l'évaluation comporte :

- . Le contrôle de la sécurité des bâtiments. La décision d'évacuer les hôpitaux est presque automatique, surtout après un tremblement de terre; grâce à la formation et aux exercices d'alertes antérieurs, elle a généralement lieu sans anicroches. En revanche, le retour dans les structures hospitalières présente un problème gestionnaire de première grandeur comportant des incidences économiques et politiques : économiques en ce sens que le pays se prive de l'occasion de demander un soutien extérieur pour la construction de nouvelles installations dans un lieu plus sûr, et politiques en raison de la crainte persistante des personnels de santé qui tendent à se méfier des diagnostics des experts nationaux. L'OMS devrait proposer ses services pour la mise sur pied, à cet effet, d'une équipe d'experts issus de divers organismes donateurs bilatéraux.
- . La détermination des besoins temporaires des structures sanitaires, par exemple bâches en plastique pour les toitures ou remplacement de matériel et de fournitures de première nécessité. Pour définir ces besoins, il faut du bon sens et de l'expérience. Les membres de l'équipe doivent bien connaître les contraintes et les capacités de la communauté internationale. Ainsi, une demande de générateurs pour un hôpital peut paraître raisonnable au premier abord, alors qu'une analyse plus poussée de la part des donateurs éventuels révélera que :

- a) le rétablissement du courant est prévu dans un mois, alors que les générateurs demandés - qui n'existent pas en stock - ne peuvent être opérationnels avant huit semaines;
- b) vu la taille demandée, il faudra affréter spécialement un avion, d'où des frais inacceptables;
- c) le demandeur n'avait pas pris de dispositions pour la maintenance technique (les générateurs existants étaient en panne !).

En un mot comme en mille, l'évaluation de la réhabilitation ne s'improvise pas ! Les informations effectivement nécessaires comprennent :

- . des détails techniques exacts concernant des réparations, par exemple aux canalisations d'eau endommagées;
- . des estimations préliminaires du coût de la réparation des dégâts matériels subis par des installations sanitaires, par exemple, ou le coût des procédures d'isolement ou de décontamination après un accident chimique ou nucléaire;
- . les besoins escomptés pour le traitement à long terme ou la réadaptation individuelle des victimes de brûlures ou du syndrome d'écrasement, des paraplégiques ou des personnes souffrant de stress mental ou psychologique.

L'OMS devrait se doter des moyens et des capacités prévisionnelles nécessaires pour participer à l'évaluation de problèmes de *demain* au moment où le personnel du ministère de la santé publique est encore sous le coup des conséquences immédiates d'*aujourd'hui* et que la communauté internationale atteint le faite de sa générosité. Les centres collaborateurs de l'OMS possédant l'expérience de l'épidémiologie des catastrophes devraient jouer un rôle de premier plan dans ce domaine.

ii) Formulation de projets de réhabilitation à court terme

L'état général des besoins pour la réhabilitation, établi au titre de la section i) ci-dessus, devrait donner naissance à des projets spécifiques. Les fonctionnaires de l'OMS devraient aider leurs homologues nationaux à préparer des ébauches de projets et à les examiner à l'occasion de réunions de donateurs. Il importe de bien connaître la terminologie utilisée par ces derniers, certains des besoins en matière de "réhabilitation" visés dans le présent document pouvant relever, aux yeux de certains donateurs, de la catégorie des "secours d'urgence".

iii) Diffusion de l'information et mobilisation des ressources

La Division ERO de l'OMS devrait développer sa propre capacité à attirer les ressources nécessaires à la réhabilitation précoce du secteur sanitaire. Les négociations avec les spécialistes de la coordination des secours en cas de catastrophe d'USAID/OFDA, de l'Agence canadienne pour le Développement international/IHA, de l'Unité des Secours d'Urgence de la CEE et d'autres instances devraient être confiées à la Division des Opérations de Secours d'Urgence de l'OMS.

Les résultats de la Division ERO de l'OMS ne devraient pas être mesurés à l'aune des fonds extrabudgétaires qu'elle réussit à obtenir pour l'OMS. Plutôt que d'entrer en concurrence avec d'autres entités pour la réalisation des actions bilatérales de secours et de réhabilitation, l'OMS devrait chercher à influer sur les donateurs décisionnaires afin de s'assurer que les projets exécutés bilatéralement correspondent aux besoins réels du pays tels que

déterminés par l'équipe d'évaluation OMS/ministère de la santé publique. Cette approche n'empêche pas l'OMS d'exécuter des projets spécifiques de réhabilitation lorsque les deux parties les approuvent ou les demandent.

3.2.3 Reconstruction à la suite d'une catastrophe imprévue

Le rôle de l'OMS dans la reconstruction à la suite d'une catastrophe ne différera pas essentiellement de ses activités normales en faveur du développement. L'Organisation devra toutefois jouer un rôle plus proactif et promotionnel. Les procédures administratives régissant la fourniture d'un soutien technique devront être accélérées afin de permettre de saisir au vol le moment où les administrations locales et les organismes bailleurs de fonds sont disposés à rechercher des approches nouvelles de la prestation de soins de santé. Ce moment est aussi idéal pour fermer le cercle des catastrophes en favorisant et en intégrant la prévention et la préparation.

3.3 Famines

Bien que la plupart des mesures de prévention et de secours sortent des compétences du secteur de la santé, les effets les plus visibles de la famine sont souvent sanitaires. La section ci-après traite de quelques aspects de ces questions considérés sous l'angle du rôle potentiel de l'OMS :

- . Une carence de la production alimentaire correspond le plus souvent à un risque économique de famine. La plupart des populations touchées survivent au prix d'une importante réduction de leur bien-être matériel ou grâce aux migrations. Les taux de malnutrition et de mortalité peuvent, certes, augmenter dans ces populations, mais ce phénomène ne se présente pas toujours sous les espèces d'une crise sanitaire, pas plus qu'il n'est invariablement accessible aux actions de secours.
- . Les systèmes d'alerte précoce concernant les famines fournissent, il est vrai, de plus en plus de données climatologiques, agricoles et commerciales.¹ Cependant, le consensus scientifique est rare quand il s'agit de prédire une famine; la migration de populations démunies vers des camps sur les routes et dans les zones urbaines peut débiter rapidement, créant un problème de taille dans l'espace de quelques semaines.² Des considérations politiques jouent un rôle important et les médias sont souvent à l'origine de la "déclaration de famine". La planification ne peut pas attendre l'alerte précoce.
- . Les problèmes sanitaires les plus graves et ceux qui se prêtent le mieux à des opérations de secours efficaces se présentent généralement dans les camps de personnes déplacées.

¹ Les systèmes de collecte de données mis en place dans certaines régions africaines, et essentiellement gérés par les gouvernements et les ONG, sont aujourd'hui étonnamment développés et assurent parfois une couverture presque nationale. La méthodologie du recueil de données est aussi de plus en plus normalisée, mais il reste beaucoup à faire. L'anthropométrie nutritionnelle représente en permanence un problème méthodologique que l'OMS pourrait contribuer à résoudre.

² Tel est généralement le cas lorsque la cause principale en est un changement marqué et soudain dans les termes de l'échange. La famine actuelle au Soudan relève de cette catégorie; elle a complètement pris de court l'ensemble du système (une pénurie alimentaire était prévue pour le milieu de l'année 1991). Le caractère "soudain" de certaines famines ne semble pas encore largement admis.

- . En dépit des sécheresses régulières et graves des deux dernières décennies, les migrations et les famines à grande échelle ont été relativement rares.¹

3.3.1 Préparation aux famines

Les experts pourront souhaiter envisager pour l'OMS les fonctions suivantes :

- . Organiser conjointement avec la FAO/PAM et l'UNICEF une conférence ou une réunion d'experts chargée d'établir des directives à usage national concernant les famines imminentes ou existantes. Il s'agirait essentiellement de regrouper les nombreuses données d'expérience et déjà enregistrées.²
- . Diagnostic sanitaire et évaluation des besoins : soutien au développement de moyens nationaux d'évaluation des famines et des secours requis. En cas de famine, il faudra peut-être à cet effet une aide directe du service responsable des opérations de secours d'urgence (OMS/ERO), et l'Organisation devrait continuer à rationaliser ses procédures administratives pour pouvoir jouer un rôle actif au niveau national.
- . Commentaires faisant autorité : comme dans le cas des catastrophes soudaines, l'OMS sera appelée à émettre un avis faisant autorité sur les besoins sanitaires.³ Cependant, la responsabilité de l'approbation des besoins alimentaires au niveau des pays incombe généralement à la FAO/PAM. Un protocole d'accord pourrait être négocié à ce sujet avec le PAM.
- . Coordination de l'assistance sanitaire internationale : la coordination au sein du système des Nations Unies entre l'UNICEF, l'OMS et le PAM pourrait être améliorée grâce à un examen commun des procédures suivies en cas de famine.
- . La coopération technique pour la gestion des crises : à l'évidence, l'OMS devrait éviter de gérer directement la mise en oeuvre de l'alimentation thérapeutique ou des soins de santé. En revanche, elle devrait être prête à jouer sur le terrain le rôle de coordonnateur à la demande du pays touché. Des consultations devraient s'engager avec les principaux intervenants internationaux au niveau tant des gouvernements que des Nations Unies avant que l'OMS ne participe directement à la gestion et à la coordination effectives des opérations de secours. Une aide pourrait

¹ Dans ce cas encore, le phénomène n'est pas encore suffisamment compris, ce qui rend la préparation aux famines aussi difficile que la préparation aux tremblements de terre. Tout dépend évidemment des définitions adoptées, mais on pourrait peut-être affirmer que les deux dernières décennies n'ont pas vu plus d'une dizaine de migrations "non réussies" dues à des famines.

² Il existe de nombreux travaux récents et quelques progrès ont été réalisés, particulièrement en matière de définitions et de prévisions. Le Save the Children Fund s'emploie actuellement à synthétiser une bonne part des résultats.

³ Il y aura lieu d'étudier le rôle des bureaux régionaux/nationaux de l'OMS dans des scénarios tels que les suivants : a) confirmation d'une poussée épidémique de choléra dans un pays dont le gouvernement prétend qu'il n'existe pas; et b) déclarations officielles comme celle-ci : "des millions de personnes trouveront la mort à la suite d'inondations catastrophiques en Afrique". La communauté internationale attend un soutien de l'OMS.

aussi être apportée aux gouvernements pour planifier la coordination de l'action des ONG locales et internationales en cas de famine.¹

- . Approvisionnement : les nécessaires sanitaires d'urgence de l'OMS² ont été spécialement conçus pour les réfugiés et les situations de famine. L'OMS devrait engager des négociations avec les donateurs bilatéraux afin d'en constituer des stocks dans des pays choisis sur des critères logistiques. Les principes qui régissent l'achat par l'OMS d'autres fournitures à la suite de catastrophes soudaines restent applicables aux autres types de catastrophes.
- . Mémoire institutionnelle : la nécessité de sauvegarder les "données périssables" et les enseignements d'une catastrophe est moins impérieuse dans le cas d'une famine que lorsqu'il s'agit d'une catastrophe imprévue. En l'occurrence, on peut parler davantage d'une mémoire institutionnelle (la famine mettant en jeu les mêmes pays et les mêmes organismes) que d'une mémoire "mondiale" (visant à profiter de l'expérience acquise dans un pays X à la suite d'un tremblement de terre pour faire face aux conséquences d'un cyclone dans le pays Y). Les centres collaborateurs de l'OMS devraient être en mesure d'aider l'Organisation dans ce domaine en réalisant des enquêtes, des études et des travaux de recherche pratique avec des homologues nationaux. L'enregistrement des données d'expérience est l'une des fonctions des secours d'urgence. La transmission des résultats à la génération suivante de fonctionnaires relève de la préparation et de la formation à la prise en charge des conséquences des catastrophes.

3.3.2 Réhabilitation/reconstruction

La fin d'une famine est généralement marquée par le retour des récoltes et par la dispersion des populations touchées qui regagnent leurs foyers. La réhabilitation constitue généralement un problème économique et agricole qui ne nécessite pas une intervention directe de l'OMS. Dans certaines situations, une population résiduelle complètement démunie qui se trouve dans l'impossibilité de rentrer chez elle pourra rester dans des camps, parfois pendant plusieurs années.³ Au contraire des catastrophes soudaines, la famine n'inflige pas de dégâts matériels à l'infrastructure sanitaire, et les problèmes du développement des services de santé après une famine sont similaires à ceux qui existaient auparavant et tiennent le plus souvent à l'insuffisance du budget sanitaire national. La disposition des ONG et d'autres entités à porter une aide au secteur de la santé peut s'accroître après une famine, mais disparaît généralement très vite.

L'OMS pourrait intervenir pour :

- . aider les autorités nationales à élaborer des politiques et des systèmes appropriés pour les soins de santé aux populations restées après une famine ou pour leur intégration dans les systèmes nationaux;
- . apporter son concours pour la suppression progressive des actions de secours.

¹ Ce facteur est important, car on constate actuellement une absence totale de coordination sanitaire entre les ONG dans la plupart des situations de famine.

² La fourniture de quantités excessives de ces nécessaires - dont l'envoi est assuré par plusieurs organisations - dans certaines situations pose actuellement un problème grave.

³ Les grands problèmes de ce type sont généralement pris en charge par le HCR.

3.4 Guerres civiles et conflits armés

3.4.1 Réponse immédiate (secours)

La Croix-Rouge internationale et notamment son Comité international sont bien préparés à ce type de situation. Au cours de la phase aiguë, les possibilités d'action de l'OMS risquent d'être limitées par sa qualité d'organisme intergouvernemental. Le "leadership" que l'OMS sera à même d'apporter dans le domaine du diagnostic de la situation sanitaire, de l'évaluation des besoins, des conseils aux donateurs et de la coordination de l'assistance sanitaire dépendra de la mesure dans laquelle elle réussira à maintenir dans le pays touché son personnel de coopération technique.

Le représentant résident du PNUD est le fonctionnaire des Nations Unies désigné pour assurer la protection et la sécurité du personnel des Nations Unies. Dans des situations où cette sécurité est menacée, le Secrétaire général des Nations Unies peut décider d'évacuer tous les fonctionnaires des Nations Unies à titre préventif. L'OMS devrait envisager avec le Secrétariat des Nations Unies des voies et moyens qui permettent de maintenir une présence essentielle de l'OMS dans des circonstances qui nécessitent une telle évacuation. Le retrait "précoce" des spécialistes OMS des situations d'urgence lors de conflits internes risque de compromettre l'image tant des opérations de secours d'urgence que de l'Organisation.

L'idéal serait que la fonction fondamentale de réponse de l'OMS (voir la section 2.5.1) demeure intacte, sous réserve des considérations liées à la sécurité ou d'ordre politique.

3.4.2 Réhabilitation

A l'issue du conflit, il s'agit de rétablir provisoirement les services sanitaires de base. Dévastation et dommages sont généralement plus étendus qu'à la suite de catastrophes naturelles. De plus, l'élan de générosité des groupes bénévoles et surtout la présence d'une cellule d'homologues au ministère de la santé sont le plus souvent absents.

L'ambiance dans laquelle l'OMS s'acquittera de ses fonctions fondamentales d'évaluation, de mise sur pied de projets de réhabilitation et de mobilisation de ressources sera sensiblement différente et davantage marquée par l'insécurité. L'intervention temporaire ad hoc devra être remplacée dès que possible par la planification d'une solution permanente. En conséquence, la responsabilité au sein de la Division ERO de l'OMS devrait passer rapidement (dans l'espace de quelques semaines) de l'unité de Préparation aux situations d'urgence et d'Organisation des secours (EPR) à l'unité responsable du développement (REL).

3.4.3 Reconstruction

En cas d'absence ou de carence des homologues nationaux, l'OMS pourra être appelée à jouer un rôle opérationnel sensiblement plus actif dans la conception et la mise en oeuvre d'un plan directeur de réorganisation des services de santé. Dans la mesure du possible, elle devrait toutefois conserver son rôle normatif et de coordination plutôt que de fournir directement des services ou des installations. Les procédures habituelles de collecte de fonds et d'exécution des projets devront être simplifiées.

Une large marge d'action administrative et technique devra être conférée au personnel de l'OMS pour les décisions relatives à la gestion de ces programmes de développement "spéciaux". Ainsi, le coordonnateur de l'OMS sur le terrain devrait être investi d'une large autorité pour la prise de décisions et les dépenses.

L'UNICEF et les ONG devront prendre part à chacune des étapes du processus de réorganisation sanitaire. Quant au PNUD, il devrait assurer la direction générale et la coordination.

3.5 Réfugiés

Les grandes migrations de population résultent des famines, des guerres ou des unes et des autres. Elles méritent que le groupe d'experts les étudie séparément en raison des mécanismes officiels spécialement établis pour protéger les réfugiés qui traversent une frontière. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les Réfugiés (HCR) et ses partenaires opérationnels ont toujours pris en charge la prestation de services de santé, l'approvisionnement en eau et les installations sanitaires dans le cadre des programmes destinés aux réfugiés officiellement reconnus. L'intervention de l'OMS devra en tenir compte.

3.5.1 Réponse immédiate de l'OMS

Les migrations de population ne se produisent pas du jour au lendemain. Le personnel de l'OMS devrait être à même de déceler les signes avertisseurs précoces. Au niveau des pays, l'Organisation devrait suivre de près la situation et demander le soutien de ses bureaux régionaux.

La répartition actuelle des responsabilités entre le HCR et l'OMS pour ce type de situation appelle un réexamen et des retouches qui permettent de mieux prendre en compte le rôle de l'OMS en tant qu'institution des Nations Unies chargée de la santé.

L'OMS devrait assumer la responsabilité première du diagnostic de la situation sanitaire, de l'évaluation des besoins tant des réfugiés que des communautés des pays d'accueil qui les reçoivent, des commentaires faisant autorité et d'autres fonctions fondamentales de coordination, toujours en coopération avec le HCR. Ce dernier devrait conserver la responsabilité opérationnelle de l'organisation de la prestation de services de santé aux réfugiés. Il devrait demander à l'OMS des conseils techniques en matière de santé, compte tenu des services disponibles dans le pays d'accueil.

Les résultats peu brillants obtenus par l'OMS dans certains pays harcelés par des problèmes de réfugiés n'ont pas incité les donateurs à soutenir ses efforts pour assumer, en coopération avec le HCR, un rôle de chef de file dans le domaine de la santé. Cependant, les régions où les capacités de l'OMS n'ont pas été mises en doute n'ont pas réalisé davantage de progrès dans le partage des responsabilités avec le HCR. On peut en conclure que les racines du problème sont peut-être plus institutionnelles qu'opérationnelles. De nouvelles négociations entre l'OMS et le HCR seront facilitées par une amélioration manifeste des capacités des représentants de l'OMS dans des pays clés où les établissements humains temporaires présentent un problème majeur de santé publique.

3.5.2 Réhabilitation

Dans le cas des réfugiés - et des populations déplacées - la réhabilitation consiste à créer des établissements humains et des camps temporaires dotés des services de santé et des installations sanitaires de base. Cette phase temporaire a une durée indéfinie. A titre temporaire, les services peuvent être assurés à titre d'"extension". Mais les niveaux et les normes applicables aux services préventifs et curatifs sont très souvent laissés au jugement et à la compétence des partenaires opérationnels du HCR (organisations non gouvernementales ou Croix-Rouge). En outre, les consultations avec les ministères de la santé publique varient suivant les pays.

Le ministère de la santé publique du pays concerné et l'OMS, en sa qualité d'institution des Nations Unies spécialisée en santé, devraient être à même de conseiller le HCR en matière de politique sanitaire et de surveiller la mise en oeuvre de cette dernière par les partenaires opérationnels du HCR.

Pour citer un exemple, un problème d'importance majeure a été posé par le niveau sensiblement plus élevé et impossible à maintenir des services de santé assurés aux réfugiés comparé à celui des prestations proposées à la population locale du pays d'accueil. Une autre question difficile à résoudre est celle de la normalisation du traitement des maladies transmissibles ou des activités antivectorielles à l'intérieur et à l'extérieur du périmètre du camp.

3.5.3 Reconstruction, réinstallation et rapatriement

Dans le cas de populations déplacées, la reconstruction consiste à les rapatrier ou à les réinstaller ailleurs de manière permanente. La réintégration des réfugiés dans la population suscite des problèmes similaires à ceux qui surgissent pendant la phase de la reconstruction (réorganisation accélérée dans des conditions d'urgence). Le développement devrait viser les besoins sanitaires et autres tant des communautés d'accueil que des populations qui rentrent chez elles. L'approche utilisée en Amérique centrale pour le projet PRODERE financé par l'Italie devrait servir de modèle.

Dans le cadre de cette initiative portant sur cinq pays, des projets intégrés de développement (services de santé, éducation, infrastructure, activités génératrices de revenus, etc.) profitent à des communautés entières comprenant des réfugiés rapatriés ou réinstallés. Cette assistance au développement profite également aux groupes de rapatriés et à la population locale. Le projet est prévu pour trois ans, ce qui traduit bien la complexité du processus de rapatriement.

Dans d'autres circonstances, des projets de reconstruction sont également nécessaires pour remédier aux conséquences environnementales ou autres de la présence prolongée de grands établissements humains temporaires.

4. MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE

4.1 Les responsabilités au Siège de l'OMS

4.1.1 Répartition des responsabilités

Il a été fait état tout au long du présent document de la répartition des responsabilités à l'intérieur de l'OMS. Il est apparu clairement que :

- . L'organisation des secours en cas de catastrophe incombe collectivement à une institution et non à une division.
- . La prévention, la préparation, les opérations de secours, la réhabilitation et la reconstruction constituent des tâches complexes, spécialisées et interdépendantes qu'il est opportun de confier à une division spécialisée.
- . La préparation et les secours immédiats sont des secteurs programmatiques unis par des liens étroits. Dans le cadre de l'approche moderne de l'organisation des secours en cas de catastrophe, ils devraient être mis en oeuvre pour tous les types de catastrophes (naturelles ou technologiques, conflits armés). Ils devraient donc relever d'une seule unité qu'on pourrait considérer comme le service incendie de l'OMS, chargé à la fois de la prévention et de la lutte contre l'incendie.

- . La reconstruction constitue essentiellement une action de développement qui devrait être étroitement rattachée à d'autres activités destinées au développement ou au soutien (par exemple la mobilisation de ressources). La Division ERO de l'OMS offre un cadre administratif efficace et souple, indispensable à une action rapide dans les circonstances spéciales envisagées. Toutefois, cette responsabilité importante ne devrait pas être attribuée à l'unité déjà chargée de la préparation et de la réaction immédiate. Comme on l'a vu plus haut, l'expression *secours d'urgence*, utilisée actuellement pour désigner l'unité responsable, prête à confusion et devrait être modifiée.
- . La phase de la réhabilitation est transitoire. Il conviendrait donc d'examiner plus avant quelle est l'instance la mieux appropriée pour s'en occuper. Les facteurs à prendre en compte sont extérieurs à l'OMS :

- a) institution responsable des Nations Unies : il pourrait être judicieux par exemple de laisser la responsabilité de la réhabilitation à la suite d'une catastrophe à la même unité des Opérations de secours d'urgence aussi longtemps que l'UNDRO est responsable de la situation d'urgence. L'efficacité de la coopération ne sera pas favorisée par un changement d'interlocuteurs OMS;
- b) durée de la phase transitionnelle : dans le cas des catastrophes imprévues, la réhabilitation représente une phase relativement brève dont la responsabilité peut être attribuée à l'unité chargée de la préparation et de l'organisation des secours d'urgence. S'il s'agit de réfugiés ou de désastres progressifs (famine), on pourra prendre les décisions "au coup par coup" en fonction de la charge de travail de chaque unité ou des compétences disponibles.

4.1.2 L'approche fondée sur le travail d'équipe

Quelle que soit la décision prise, toutes les unités des opérations de secours d'urgence de l'OMS doivent participer activement à l'intervention depuis le tout début. Pour poursuivre l'allégorie de l'OMS "service d'incendie" en cas d'embrasement international, le représentant de la société d'assurances est présent sur les lieux au stade précoce de la catastrophe. Une fois le risque pour les vies humaines écarté, il entreprend des négociations et organise la reconstruction. D'une manière similaire, l'unité chargée de la reconstruction devrait intervenir sur les lieux le plus tôt possible. Une répartition sans équivoque des responsabilités est essentielle, mais ne devra pas être interprétée comme une attribution exclusive de responsabilités administratives.

4.2 Participation active des bureaux régionaux

La participation active des bureaux régionaux est indispensable à l'exercice des fonctions qui viennent d'être exposées. Pour être efficace, l'intervention de l'OMS en cas de catastrophe imprévue doit prendre naissance à proximité du pays touché. Elle devrait toujours s'exercer au niveau régional, ou mieux - lorsque les ressources existantes le permettent - sous-régional. Le Siège devrait contrôler la mise en oeuvre et apporter un soutien en cas de besoin.

La mise en oeuvre de l'action de l'OMS devrait être le fait du même niveau administratif, du même programme et des mêmes fonctionnaires que la coopération technique en matière de préparation aux situations d'urgence avant la catastrophe. Une connaissance approfondie du pays touché ainsi qu'une coopération et des liens permanents avec les coordonnateurs locaux des services sanitaires en cas de catastrophe, avec la communauté des bailleurs de fonds et avec d'autres intervenants sont des éléments clefs du succès de l'intervention de l'OMS. Or, ils ne peuvent exister qu'à proximité des communautés touchées.

Il faudra donc créer un ou plusieurs postes professionnels de niveau élevé à l'échelon régional et sous-régional pour la préparation et l'intervention en cas de catastrophe. Aucun bureau régional ne peut espérer remplir son rôle si ces ressources ne sont pas engagées.

4.3 Centres collaborateurs de l'OMS

Après une catastrophe, l'OMS devrait faire faire appel au premier chef à ses fonctionnaires et à ses consultants expérimentés, de préférence originaires de pays en développement exposés aux catastrophes.

Les centres collaborateurs de l'OMS devraient peut-être s'occuper au premier chef de :

- . sauvegarder les données "périssables" (enquêtes) et enregistrer les enseignements tirés d'une catastrophe (mémoire institutionnelle);
- . apporter leur coopération dans des domaines spécialisés (voir la section 3.2.1, vii);
- . évaluer des aspects spécifiques de l'intervention.

Dans ce cas encore, l'exercice de ces fonctions suppose que les centres collaborateurs de l'OMS offrent des compétences spécialisées inexistantes ou insuffisantes au sein de l'Organisation ou dans la plupart des pays. On ne peut guère attendre de centres polyvalents qu'ils soient à même de fournir les connaissances hautement spécialisées dans des domaines très précis dont l'OMS peut avoir besoin pour intervenir à la suite d'une catastrophe.

4.4 Réexamen des accords interinstitutions existants

Tout en développant ses moyens d'intervention et en motivant son personnel de terrain, l'OMS devrait s'attacher, énergiquement mais progressivement, à renégocier quelques-uns des protocoles d'accord actuellement en vigueur pour que soient mieux pris en compte son rôle de chef de file et son mandat en matière de santé.

4.5 Développement d'attitudes appropriées

La mesure la plus urgente et indispensable pour améliorer l'action de l'OMS consiste à développer des attitudes appropriées chez ses fonctionnaires, et en premier lieu chez ses représentants dans les pays. A l'heure actuelle, l'organisation des secours en cas d'urgence ne bénéficie que d'un très faible degré de priorité ou est considérée, dans le meilleur des cas, comme une occasion de fournir des équipements ou du matériel médical.

L'OMS doit s'attacher moins à procurer ou à canaliser des dons matériels et davantage à exercer un "leadership" actif, à coordonner la coopération technique et à apporter des compétences. Les mesures suivantes pourront contribuer à la réalisation de cet objectif :

- . inclusion de la préparation aux situations d'urgence et de la coordination des secours dans la description d'emploi des représentants de l'OMS;
- . publication par le Directeur général et les Directeurs régionaux d'une directive suivant laquelle il importe que l'atténuation des effets des catastrophes soit considérée comme prioritaire dans tous les programmes de développement de l'OMS;
- . mise au point d'un programme global de formation à l'intention du personnel de terrain de l'OMS;

- . inclusion des concepts relatifs à l'organisation des secours en cas d'urgence dans la mise au courant de nouveaux fonctionnaires, notamment à l'aide de vidéocassettes et de diapositives;
- . collaboration active au programme triennal de formation à l'organisation des secours en cas de catastrophe mis au point par le PNUD et l'UNDRO à l'intention du personnel des Nations Unies (1991-1993).

5. QUESTIONS ADDITIONNELLES

5.1 Accréditation des équipes médicales étrangères

Il a été parfois suggéré que l'OMS institue un mécanisme d'accréditation officielle des volontaires isolés ou des équipes médicales. Les problèmes auxquels font face les pays touchés par une catastrophe sont, certes, réels. Mais l'OMS n'est pas en mesure d'accorder son "visa" (contrôle de qualité) pour garantir la compétence ou l'adéquation d'une équipe de secours ou d'un volontaire.

5.2 Les communications en situation d'urgence

La mise en place d'un centre de coordination peu coûteux, doté de moyens de transmission, au Siège et dans les bureaux régionaux facilitera la coordination des secours et concrétisera l'engagement de l'Organisation.

Eu égard aux contraintes budgétaires de l'OMS et à son rôle dans le développement, les installations et les locaux devraient être affectés à d'autres fins en temps normal.

5.3 L'équilibre entre préparation et réaction

A la suite de la déclaration de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles, l'intervention purement axée sur les premiers secours a fait place à une approche préventive, plus équilibrée. Mais à quel moment précis obtient-on l'équilibre approprié ? Plusieurs observations aideront le groupe d'experts à conseiller l'OMS en cette matière :

- . En sa qualité d'organisme chargé du développement, l'OMS ne saurait ignorer cette dimension de la préparation.
- . Les interventions perçues comme efficaces par toutes les parties concernées sont celles menées par des organismes dotés de programmes actifs de préparation. Des liens sont établis, le respect et l'appréciation mutuels s'instaurent, les points faibles et les points forts de chacun sont connus; l'action est ainsi plus facile et adaptée.
- . La préparation préalable nécessite un niveau élevé de développement et des ressources humaines de bon niveau. La planification d'urgence ne saurait précéder la planification normale. Il peut être prématuré d'enseigner la prise en charge des crises alors que les principes fondamentaux de la gestion sont encore mal connus.

La formule de l'équilibre entre préparation et réaction convenant à des pays avancés tels que l'Inde ou le Mexique sera différente de celle applicable aux pays les moins avancés d'Afrique. Dans le premier cas, le soutien à la préparation constitue le meilleur investissement; dans le second, une intervention généreuse pourra conserver le rôle prédominant.

Il est bien évident que tant la réaction internationale après une catastrophe que la coopération en vue de la préparation ont une place toute tracée dans la contribution de l'OMS à la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles, actuellement en cours.

6. ASPECTS FONDAMENTAUX DE L'ORGANISATION DES SECOURS, DE LA REHABILITATION ET DE LA RECONSTRUCTION

6.1 Objectifs généraux

- a) réexamen et, au besoin, nouvelle formulation des objectifs de la réaction internationale (voir la section 1.3);
- b) révision et, au besoin, nouvelle formulation des objectifs envisagés de l'OMS (voir la section 2.2).

6.2 Réponse immédiate de l'OMS (secours) : Dans quelle mesure l'OMS doit-elle prendre part aux opérations ?

- 1. Quelles devraient être les fonctions de base de l'OMS en matière de secours immédiatement après une catastrophe ?
- 2. Comment et à quel niveau (Siège, bureau régional, représentant de l'OMS dans le pays) ces fonctions devraient-elles s'exercer ?
- 3.
 - a) rôle de l'OMS après une catastrophe soudaine;
 - b) rôle de l'OMS pendant la phase de l'organisation des secours en cas de famine;
 - c) rôle de l'OMS au stade de l'organisation des secours en cas de catastrophe technologique.
- 4. Quel devrait être le rôle de l'OMS vis-à-vis du HCR dans la prestation de soins immédiats de santé aux réfugiés ? Cette fonction devrait-elle être exercée par les unités organiques responsables de l'intervention en cas d'urgence ou par celles chargées du développement à plus long terme ?
- 5. Que devrait faire l'OMS en cas de conflit comportant des situations susceptibles de compromettre la sécurité du personnel des Nations Unies ?
- 6. L'OMS devrait-elle mettre en place un mécanisme qui lui permettrait d'accréditer (contrôle de qualité) des volontaires internationaux (isolés ou en équipes) ?

6.3 Réhabilitation

- 1. Quelles devraient être les fonctions de base de l'OMS en matière de réhabilitation ?
 - a) catastrophes naturelles;
 - b) réfugiés/établissements humains temporaires;
 - c) famines/sécheresses.
- 2. Comment devrait-elle s'en acquitter dans chacun de ces cas (a, b, c) ? (Au niveau du Siège ? Participation du bureau régional et du représentant de l'OMS dans le pays ?)

6.4 Reconstruction

1. Quels sont le rôle et les fonctions de l'OMS dans la reconstruction ?
2. Ces fonctions à long terme devraient-elles être prises en charge par ERO ou par les programmes de développement de l'OMS ?

6.5 Rôle des centres collaborateurs de l'OMS

En matière d'organisation des secours; de réhabilitation; de reconstruction ?

6.6 Collecte de fonds

L'OMS devrait-elle se doter d'une approche ou d'un mécanisme spéciaux pour mobiliser des ressources en cas de situation d'urgence ?

6.7 Coopération interinstitutions

Comment améliorer la coopération et affirmer le rôle directeur de l'OMS en matière de santé lors de l'organisation des secours vis-à-vis des autres organismes :

- . institution des Nations Unies responsable de la coordination générale après une catastrophe donnée (UNDRO ou autre organisme);
- . sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge;
- . organisations non gouvernementales et organismes intergouvernementaux.