

LE ROLE DE L'OMS DANS LA GESTION
DES SITUATIONS DE CATASTROPHE

Prévention, préparation, formation

Dr Claude de Ville de Goyet

9 janvier 1991

Le présent document n'est pas une publication officielle, mais un document de travail. Il ne peut être analysé, résumé, cité ou traduit sans l'accord de l'Organisation mondiale de la Santé et son auteur est seul responsable des opinions qui y sont exprimées.

TABLE DES MATIERES

| | <u>Pages</u> |
|--|--------------|
| RESUME D'ORIENTATION | 1 |
| 1. INTRODUCTION | 3 |
| 1.1 Les Etats Membres et leur vulnérabilité en cas de catastrophe | 3 |
| 1.2 Définitions et concepts de base | 3 |
| 1.2.1 Catastrophes, risque et vulnérabilité | 3 |
| 1.2.2 Divers types de catastrophes | 4 |
| 1.2.3 Types d'activités à exécuter en cas de catastrophe .. | 5 |
| 1.2.4 La médecine des catastrophes et la gestion sanitaire des situations de catastrophe | 6 |
| 1.2.5 Le Ministère de la Santé publique et le secteur sanitaire | 6 |
| 1.3 Les catastrophes, la préparation aux situations de catastrophe et le développement | 7 |
| 2. MANDAT DE L'OMS ET OBJECTIFS PROPOSES | 8 |
| 2.1 Mandat | 8 |
| 2.2 Objectifs proposés | 8 |
| 3. STRATEGIE DE LA PREPARATION AUX SITUATIONS DE CATASTROPHE | 9 |
| 3.1 Renforcement institutionnel du secteur sanitaire | 9 |
| 3.1.1 Mise en place d'une "unité" sanitaire en cas de catastrophe | 9 |
| 3.1.2 Promotion de la coordination intersectorielle | 10 |
| 3.1.3 Formulation de plans pour les situations de catastrophe et préparation à ces situations | 11 |
| 3.1.4 Utilisation efficace des ressources existantes | 12 |
| 3.1.5 Préparation des communautés locales | 12 |
| 3.2 Développement des ressources humaines pour la santé | 12 |
| 3.2.1 Objectifs de la formation | 12 |
| 3.2.2 Contenu des activités de formation | 13 |
| 3.2.3 Effet multiplicateur | 16 |
| 3.2.4 La "mémoire institutionnelle" | 17 |
| 4. STRATEGIE DE LA PREVENTION DES CATASTROPHES | 19 |
| 4.1 Activités en cause | 19 |
| 4.1.1 Systèmes d'alerte précoce à la sécheresse | 19 |
| 4.1.2 Emplacement et conception des établissements sanitaires | 20 |
| 4.1.3 Emplacement et conception des installations de traitement de l'eau | 20 |
| 4.1.4 Education de la population en matière de techniques de construction | 20 |
| 4.2 Prévention des catastrophes technologiques | 21 |
| 4.2.1 Prévention des accidents en rapport avec les substances chimiques | 21 |

| | <u>Pages</u> |
|---|---|
| 4.2.2 | Prévention des accidents radiologiques 21 |
| 4.2.3 | Approche gestionnaire multirisques 21 |
| 5. | MISE EN OEUVRE DE LA STRATEGIE 22 |
| 5.1 | Rôle de l'OMS 22 |
| 5.2 | Rôle des centres collaborateurs de l'OMS 23 |
| 5.3 | Rôle du Siège, des bureaux régionaux et des représentants de l'OMS 24 |
| 5.4 | Mobilisation de ressources pour la prévention des catastrophes et la préparation aux situations d'urgence 25 |
| 5.5 | Contribution d'associations scientifiques 26 |
| 5.6 | La Croix-Rouge, le Croissant-Rouge et autres ONGs 26 |
| 5.7 | Autres institutions des Nations Unies 27 |
| 6. | PROBLEMES DE BASE CONCERNANT LA PREVENTION, LA PREPARATION ET LA FORMATION 28 |
| 6.1 | Définitions pratiques de termes et de concepts 28 |
| 6.2 | Objectifs généraux de l'OMS en matière de prévention et de préparation 28 |
| 6.3 | Préparation 28 |
| 6.4 | Prévention 29 |
| 6.5 | Centres collaborateurs de l'OMS 29 |
| 6.6 | Coopération interinstitutions 29 |
| ANNEXE 1 | 30 |
| ANNEXES 2 3 et 4 (disponibles pendant la réunion salle C) | |

RESUME D'ORIENTATION

Préparation aux situations d'urgence et prévention des catastrophes

L'Organisation mondiale de la Santé est dans la meilleure position pour jouer, au plan international, un rôle de pointe dans le renforcement de la capacité institutionnelle du secteur sanitaire des Etats Membres, en particulier dans les pays les plus exposés aux catastrophes.

Le rôle de l'OMS couvre :

- . la prévention des catastrophes
- . la préparation aux situations de catastrophe
 - le renforcement des institutions
 - le développement des ressources humaines.

Prévention des catastrophes

La Division OMS des Opérations de Secours d'Urgence doit concentrer ses efforts sur les activités de prévention tombant sous la responsabilité directe du secteur sanitaire - et qui visent principalement à améliorer la capacité des établissements sanitaires, comme les hôpitaux, les installations de traitement de l'eau, etc., à résister aux tremblements de terre, aux tempêtes et aux inondations. La prévention des accidents chimiques ou radiologiques est actuellement, à juste titre, confiée à d'autres programmes OMS, tels le programme international sur la sécurité des substances chimiques (PISSC), le programme de protection radiologique et à d'autres institutions, comme l'Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA).

Préparation aux situations de catastrophe

Renforcement des institutions

Il appartient à l'OMS d'encourager les ministères de la santé des Etats Membres à jouer le rôle principal dans les questions sanitaires en rapport avec la préparation aux situations de catastrophe et avec la prévention des catastrophes, dans le cadre de la coordination multisectorielle de l'institution d'Etat responsable de la gestion générale des situations de catastrophe.

A cet effet, l'OMS doit encourager les Etats Membres à mettre en place, dans le cadre du ministère de la santé, un service ou un programme officiel chargé des situations de catastrophe et conçu selon le niveau du risque encouru. Le service ou programme en cause serait chargé de planifier et coordonner toutes les activités sanitaires ayant trait à la préparation et à l'organisation des secours en cas de catastrophes ou de crises naturelles, technologiques, ou dues à l'homme. Tout en offrant sa coopération technique à l'ensemble des institutions du secteur sanitaire, l'OMS doit chercher, directement et indirectement, à renforcer le rôle de pointe du service ou programme sanitaire chargé des situations de catastrophe. De même, l'OMS/ERO doit coordonner toutes les activités OMS de gestion de crise, quelles qu'en soient la nature et la cause. Tant au niveau national qu'à celui de l'OMS, le programme doit stimuler la participation active d'autres sections et en utiliser le potentiel d'expertise.

Développement des ressources humaines

L'OMS devra formuler un programme exhaustif, de longue haleine, de formation à la gestion sanitaire des situations de catastrophe et mobiliser les ressources appropriées pour le mettre progressivement en oeuvre sur une base régionale et sous-régionale.

Le programme en question devrait être basé sur les stratégies suivantes :

- . mettre au point et largement diffuser un matériel de formation complet (auxiliaires audiovisuels, manuels, etc.) sur la gestion de tous les types de situations de catastrophe et crises affectant la santé publique (naturelles, dues à l'homme ou technologiques);
- . promouvoir des activités de formation interpays en mettant l'accent, au niveau sous-régional, sur les similitudes de culture et de risque;
- . fournir un appui technique et matériel aux services sanitaires nationaux spécialisés dans les situations de catastrophe en vue de la diffusion de matériels au niveau des pays et des provinces;
- . viser un public multidisciplinaire, en cherchant à obtenir la participation active d'autres institutions d'Etat, de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'organisations non gouvernementales;
- . privilégier une approche multi-institutions pour les activités de formation (action bilatérale, participation de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, autres institutions des Nations Unies), afin que les coûts et les responsabilités soient partagés.

L'OMS doit encourager et appuyer les efforts des institutions bilatérales, des associations professionnelles et des ONGs pour le transfert à l'endroit voulu de compétences professionnelles spécifiques, telles que les procédures chirurgicales d'urgence.

L'OMS doit coopérer avec la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge et d'autres institutions qui éduquent la population en matière de premiers secours dans les zones sujettes aux catastrophes et soutenir leurs efforts.

En résumé, la préparation sanitaire aux situations de catastrophe et leur prévention exigera un vaste effort des Etats Membres de l'OMS, aussi bien que des organisations internationales et des organismes de financement. L'OMS devrait jouer un rôle de pointe dans la formulation de programmes nationaux et régionaux réalistes et dans la mobilisation de ressources pour leur mise en oeuvre et leur surveillance. L'accent devra être mis sur un impact à moyen et long terme (10-15 ans), eu égard au fait qu'il n'est guère probable qu'un programme multirisque donne des résultats immédiats.

1. INTRODUCTION

1.1 Les Etats Membres et leur vulnérabilité en cas de catastrophe

La plupart des Etats Membres de l'OMS connaissent bien les catastrophes naturelles. Selon le groupe ad hoc international d'experts chargé par le Secrétaire général des Nations Unies de conseiller sur la mise en oeuvre de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles : "au cours des vingt années écoulées, des phénomènes naturels ont tué quelque 3 millions de personnes, et 1 milliard environ en ont subi des effets dommageables".

Rien qu'au cours des cinq dernières années, des séismes majeurs ont frappé l'Arménie (en Union soviétique), le Mexique, El Salvador, les Philippines et l'Iran, et certains d'entre eux avec un impact destructeur tel que, comme en 1988 en Arménie, plus de 25 000 personnes ont péri et un demi-million sont restées sans abri.

La menace d'éruptions volcaniques a bouleversé la vie de villes entières. En 1985, le Nevado del Ruiz, en Colombie, a fait une éruption qui a enseveli la ville d'Armero, tuant 23 000 personnes.

Les populations des îles des zones côtières du Pacifique et des Caraïbes ont appris à vivre sous la menace saisonnière des cyclones et des ouragans et des destructions qu'ils peuvent provoquer. En 1988, l'ouragan Gilbert a fait des centaines de milliers de sans-abri à la Jamaïque avant de frapper le continent nord-américain. A peine deux mois après, l'ouragan Joan a laissé derrière lui un sillage de destruction d'une côte à l'autre, au Nicaragua et dans d'autres pays d'Amérique centrale. L'année suivante, dans l'est des Caraïbes, l'ouragan Hugo a totalement détruit hôpitaux, centres de santé et autres services sanitaires.

Il n'y a pas d'année où quelque pays n'est dévasté par des inondations saisonnières. On est consterné au vu du nombre de victimes et des autres effets tragiques des tempêtes et des inondations qui ont frappé le sous-continent indien en 1971 (250 000 morts).

Les Etats Membres de l'OMS ne sont pas uniquement exposés aux risques naturels. Ils sont de plus en plus vulnérables en cas de catastrophe technologique, comme le montrent la catastrophe due aux substances chimiques de Bhopal (Inde) et l'accident nucléaire de Tchernobyl (URSS). Cette vulnérabilité est la rançon d'un développement industriel désordonné, de pratiques dangereuses qui sont le fait de compagnies nationales ou étrangères, et du surpeuplement des zones urbaines.

Les sécheresses graves et prolongées sont souvent qualifiées de catastrophes "rampantes", par contraste avec les catastrophes naturelles soudaines et, particulièrement en Afrique, la sécheresse a affecté des millions de personnes. La famine, effet sanitaire le plus visible de la sécheresse, a tué près de 600 000 personnes au cours de la dernière décennie, causant des migrations massives de population. L'aide internationale a été large et généreuse, mais les causes de ce mal récurrent restent hors d'atteinte.

1.2 Définitions et concepts de base

1.2.1 Catastrophes, risque et vulnérabilité

Selon la définition donnée par le Comité ad hoc des Nations Unies : "la mesure dans laquelle une communauté est exposée à une catastrophe dépend de l'événement physique considéré (le risque) et de la vulnérabilité de la communauté à son égard. Le risque peut être quantifié en termes de gravité physique et de probabilité du phénomène naturel en cause".

La vulnérabilité d'une communauté est la combinaison des facteurs sociaux qui prédisposent la communauté à subir les impacts du risque.

Aux fins des activités de l'OMS, une catastrophe est "tout événement qui cause des dommages, un bouleversement écologique, des pertes de vies humaines ou une détérioration de la situation sanitaire et des services de santé d'une ampleur telle qu'elle justifie une action de secours extraordinaire à l'extérieur de la communauté ou de la zone affectée" (OMS, Manuel XV.4, section 20.2). Toutefois, si un événement particulier peut désorganiser gravement une communauté et exiger une assistance internationale pour que puisse être rétabli le fonctionnement normal de la société, un événement similaire au sein d'une autre communauté peut ne causer qu'une désorganisation mineure, à laquelle des procédures d'urgence normales peuvent remédier.

Cette définition de l'OMS est très analogue à celle qui a été adoptée par le Comité d'experts ad hoc de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles et, grâce à elle, dans chaque pays le secteur sanitaire a pu définir en fonction de sa propre situation l'importance de son action pour se préparer aux situations de catastrophe et les prévenir. On a suggéré une définition nouvelle universelle de la catastrophe sur la base d'un nombre seuil arbitraire de victimes justiciables de la médecine ou de la chirurgie. Mais les effets sanitaires des catastrophes ne se limitent aucunement au chiffre total des blessés à traiter par la médecine. La pénurie d'aliments, la destruction ou la contamination de l'approvisionnement en eau de boisson, les effets mentaux ou psychologiques, l'incidence croissante des maladies transmissibles et la désorganisation des soins de santé primaires ne sont que quelques-uns des effets possibles, en santé publique, de tout type de catastrophe naturelle. (Des problèmes cliniques spécifiques peuvent bien entendu résulter d'événements technologiques.) La définition de la catastrophe sur la base d'un seuil arbitraire de victimes justiciables de la médecine peut constituer une approche valable au niveau local, pour la planification d'une action médicale d'urgence face à "des incidents causant des pertes massives". Mais cette définition ne prend pas en compte la diversité des Etats Membres de l'OMS en ce qui concerne leurs capacités de faire face à une catastrophe, et elle restreint la large dimension de santé publique d'une catastrophe à sa composante médico-chirurgicale.

1.2.2 Divers types de catastrophes

Les catastrophes naturelles sont causées ou déclenchées par des événements naturels d'origine climatologique, vulcanologique, sismologique ou biologique. Cependant rares sont les situations, si tant est qu'il en existe, qui résultent exclusivement d'événements naturels. L'action ou le défaut d'action de l'homme est généralement un adjuvant majeur. Ainsi, les pertes humaines dues aux tremblements de terre ne résultent pas uniquement de l'activité sismique, mais sont aussi la conséquence du mode d'utilisation des terres et des pratiques en matière de construction. D'autre part, on a bien étudié les effets des pratiques agricoles ou commerciales (déboisement, irrigation, etc.) et de la gestion du bétail (surpâturage) sur la désertification. En dernière analyse, l'impact des catastrophes naturelles est le résultat soit de l'activité humaine, soit de la simple présence de l'homme.

Les catastrophes technologiques affectent la santé de la population en tant que résultat direct d'activités humaines industrielles ou technologiques, telles que la production ou le transport de substances dangereuses, ou les activités mettant en jeu les rayonnements ionisants.

Les conflits et les troubles sociaux concernent les réfugiés et les personnes déplacées à la suite de guerres ou de désordres civils.

La plupart des catastrophes ne peuvent pas être classées dans une catégorie unique; elles sont le résultat combiné de facteurs naturels, technologiques et sociaux.

1.2.3 Types d'activités à exécuter en cas de catastrophe

L'atténuation des catastrophes met en jeu toutes les mesures prises avant, pendant ou après une catastrophe, en vue de réduire les pertes de vies, les dommages aux biens et les bouleversements sociaux et économiques dus aux catastrophes.

Les institutions et les programmes fonctionnant au niveau mondial ou régional, et la plupart des ministères de la santé publique exécutant des programmes de préparation aux situations de catastrophe, ont adopté, avec des adaptations mineures, les définitions pratiques ci-après :

On entend par préparation (et atténuation) l'ensemble des mesures visant à prévenir les risques naturels (par exemple, barrages contre les inondations) ou à réduire leur impact sur la société (par exemple, conception d'hôpitaux, d'installations sanitaires ou de logements à l'épreuve des tremblements de terre ou du vent).

La préparation implique la capacité de reconnaître la probabilité d'un événement catastrophique et l'impact qui en résulte sur la santé publique; elle comporte des mesures visant à améliorer la capacité de réaction du secteur sanitaire (renforcement d'institutions, planification conjoncturelle, répétitions et exercices de simulation, formation à la gestion des situations de catastrophe, etc.) pour qu'il puisse jouer efficacement son rôle.

On entend traditionnellement par secours toutes les activités à exécuter d'urgence dans la période qui suit immédiatement l'impact, à l'exclusion des activités de réhabilitation et de reconstruction de longue haleine. Dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées, les secours couvriraient les besoins immédiats en matière de soins, d'approvisionnement en eau et d'abris. Après des catastrophes soudaines, tels les séismes, les opérations de secours comprennent les soins médicaux de survie, l'approvisionnement en eau potable par camion ou conteneur souple, la fourniture d'abris ou de tentes en matière plastique et la distribution d'aliments et de repas.

La réhabilitation concerne la période qui suit la situation d'urgence immédiate, une fois rétablis les services et les activités de routine normales grâce à des moyens provisoires ou temporaires. Il s'agit d'une période de transition entre les opérations d'urgence et le développement (la reconstruction). Lors des situations de catastrophe qui se prolongent, la différence entre secours et réhabilitation peut devenir arbitraire. Dans le cas des réfugiés et des populations déplacées, les travaux de réhabilitation comprennent la construction d'abris temporaires, le creusement de puits et l'établissement de postes sanitaires dans les camps. Après les séismes, on peut citer comme activités de réhabilitation la réparation provisoire des hôpitaux, par exemple la couverture des toits avec des panneaux de plastique, la prestation de services de santé temporaires dans les écoles ou les tentes, ou la réparation provisoire de conduites d'eau détériorées.

Les activités de reconstruction concernent la restauration permanente et l'amélioration des services et installations de santé. Dans le cas des réfugiés et des personnes déplacées, on entend par reconstruction, soit la réinstallation permanente, soit le rapatriement de ces populations. Après les catastrophes soudaines, la reconstruction implique une restructuration des services de santé ou bien la construction ou la reconstruction d'installations nouvelles permanentes.

Il faut noter que ces définitions, dont on se sert depuis plus d'une décennie dans le secteur sanitaire des pays particulièrement exposés aux catastrophes, sont un peu différentes de celles qui ont été utilisées par le Comité ad hoc de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles (voir annexe 1).

Il est suggéré au Comité consultatif OMS d'experts sur les opérations de secours en cas d'urgence d'adopter et d'utiliser les définitions et les concepts de la prévention et de la préparation tels qu'ils sont maintenant appliqués par l'OMS et par ses Etats Membres.

1.2.4 La médecine des catastrophes et la gestion sanitaire des situations de catastrophe

Les catastrophes ne sont pas simplement des accidents de très grande ampleur. Une catastrophe implique des problèmes complexes de santé publique, qui se posent dans des circonstances difficiles. Les mécanismes qui permettent normalement à la société de faire face sont désorganisés; la situation devient politiquement sensible, parce que tout se passe au vu et au su de chacun, et à cause de la couverture critique qu'en font les grands médias. Les cauchemars logistiques abondent, et les actions de secours extérieures, dans la zone affectée, sont souvent mal coordonnées. En outre, les scénarios de la catastrophe sont rarement conformes à l'idée qu'on s'en faisait lors de l'élaboration des plans. La prise de décision se fait dans un climat d'incertitude. Le principal défi à relever par les administrateurs de la santé dans la phase initiale ou dans la phase des secours d'une catastrophe est celui de la gestion de l'information, qui relève du domaine de l'épidémiologie, et non la prise en charge médicale des malades, qui relève du domaine de la médecine des catastrophes.

Par la suite, lors des phases de réhabilitation et de reconstruction, la gestion sanitaire de la situation de catastrophe touche à des problèmes critiques de développement. Il s'agit de faire face aux effets à long terme de la sécheresse ou de restructurer ou de rebâtir en totalité les services de santé après les ravages des guerres ou des conflits civils. Dans certains cas, la destruction des installations sanitaires à la suite de séismes a fourni l'occasion d'améliorer les services et la sécurité en décentralisant les opérations et en promulguant et mettant en oeuvre des normes de construction plus strictes. Il est clair que la médecine des catastrophes représente un aspect limité de la plus large discipline qu'est la gestion sanitaire des catastrophes.

1.2.5 Le Ministère de la Santé publique¹ et le secteur sanitaire

Chaque Etat Membre de l'OMS possède sa propre structure sociale, administrative et politique, et cette diversité se reflète dans l'organisation de son secteur sanitaire. Dans certains pays, le ministère de la santé publique est la seule institution gouvernementale chargée des soins de santé à l'ensemble de la population (soins de santé, santé publique, qualité de l'eau, etc.). Ailleurs, par exemple dans certains pays d'Amérique latine, les institutions gouvernementales constituant le secteur sanitaire comprennent : le ministère de la santé, officiellement à la tête du secteur, le ministère de la sécurité sociale, plus fort financièrement et politiquement, et qui administre la plupart des hôpitaux de deuxième et de troisième niveau, l'autorité de l'eau et des égouts, responsable de l'approvisionnement en eau et de l'évacuation des déchets, et les départements sanitaires municipaux qui, dans les grandes zones métropolitaines, sont des institutions indépendantes financées au plan local. En outre, le rôle et la place respectifs du secteur privé varient considérablement d'un pays à l'autre. Les activités nationales de préparation sanitaire aux situations de catastrophe devraient viser à préparer le **secteur sanitaire tout entier** à réagir avec efficacité aux catastrophes. Les activités du secteur sanitaire en matière de gestion des situations de catastrophe devraient être coordonnées par le ministère de la santé publique, qui est à la tête du secteur. Ces activités devraient aussi être intégrées dans l'action

¹ Dans ce document, on entend par "Ministère de la Santé publique" l'autorité ou agence sanitaire gouvernementale responsable au plus haut niveau de la prestation de services de santé à la population.

intersectorielle générale menée sous l'autorité de l'agence nationale appropriée (défense civile, comité national d'urgence, etc.).

1.3 Les catastrophes, la préparation aux situations de catastrophe et le développement

Les catastrophes, les préparations aux situations de catastrophe et le développement sont étroitement liés. Les catastrophes, quel que soit leur type, sont dans une relation complexe et ambivalente avec le développement.

La vulnérabilité en cas de catastrophe est liée au développement. D'une part, sans développement - établissements humains ou installations industrielles -, il n'y a guère de risque de pertes humaines et matérielles à la suite de catastrophes naturelles. On pourrait soutenir que c'est le "développement" qui a apporté une famine meurtrière aux pasteurs nomades du Sahel. Autrefois, les pratiques de pâturage et les cycles de vie traditionnels rendaient ces nomades assez résistants aux effets de la sécheresse. De même, en Amérique centrale, sous la domination espagnole, les populations ont modifié la construction de leurs maisons, remplaçant les cannes traditionnelles par l'adobe, la brique et les lourdes tuiles. Malheureusement, cela a abouti à transformer les habitations, qui étaient légères et de conception antisismique, en pièges mortels lorsque la terre venait à trembler. Les exemples de "progrès" meurtriers abondent dans toutes les sociétés. Le rapport entre développement industriel et risque de catastrophes technologiques n'est que trop évident. D'un autre côté, l'ignorance et la pauvreté augmentent aussi la vulnérabilité des groupes défavorisés, à cause des médiocres techniques de construction des habitations, d'installations situées dans des zones à haut risque ou à cause d'infrastructures déjà trop sollicitées. On a, en fait, de fortes raisons de penser que dans la même société et le même environnement, le sous-développement, ou la pauvreté, représente un facteur de haut risque. Il est frappant de noter que chaque nation paye le prix des catastrophes naturelles à sa manière : les pays d'abondance en termes de stupéfiantes pertes économiques (on estime que le tremblement de terre Loma Prieta, en Californie, a coûté plusieurs milliards de US dollars); les pays moins développés en termes de vies humaines (quelque 40 000 personnes ont péri en Iran en 1990).

Les catastrophes représentent un grave coup d'arrêt au développement à cause de la destruction des infrastructures, de la surcharge imposée aux services de santé et du détournement de ressources déjà modestes vers les activités d'urgence ou de réhabilitation; elles peuvent aussi fournir l'occasion d'instituer d'authentiques réformes et des améliorations de longue haleine dans le système sanitaire. Par exemple, après les séismes du Mexique et d'El Salvador, les autorités sanitaires ont profité de l'occasion pour améliorer la distribution des services en redistribuant les priorités, qui ont été détournées des grands hôpitaux vers des services de santé décentralisés plus intégrés.

La préparation aux situations d'urgence n'est pas un effort isolé "au cas où il se produirait une catastrophe". Il s'agit d'une entrée privilégiée, d'un catalyseur pour l'amélioration ou le développement d'activités publiques et communautaires et de services qui sont également requis en des situations normales. L'assistance humanitaire et la préparation aux situations de catastrophe fournissent un terrain politiquement neutre de coopération entre ministères, Etats et pays, ce qui est un préalable de la paix et du développement.

Le niveau de préparation d'un pays aux situations de catastrophe est un indicateur de la qualité générale des services de santé et de la capacité du pays à fournir des services efficaces dans des situations normales. L'état de préparation ne peut jamais être meilleur que ne le permettent l'organisation et les ressources du secteur sanitaire. Autrement dit, la qualité des soins de santé en cas d'urgence reflétera souvent la qualité des soins de santé de routine assurés dans des conditions normales.