

2. MANDAT DE L'OMS ET OBJECTIFS PROPOSES

2.1 Mandat

Les responsabilités de l'OMS dans la préparation aux situations de catastrophe et aux secours font partie intégrante du mandat en vertu duquel l'Organisation est tenue d'apporter une aide sanitaire dans les situations d'urgence. Au cours des dix dernières années, l'étendue de cette importante mission de l'Organisation a été plus précisément définie par l'Assemblée mondiale de la Santé dans :

- la résolution WHA34.26, de 1981, soulignant l'importance des mesures préventives et d'un bon état de préparation et réaffirmant le rôle directeur de l'Organisation dans les aspects sanitaires de l'état de préparation pour faire face aux catastrophes;
- la résolution WHA38.29, de 1985, soulignant la nécessité d'une action intégrée associant des mesures d'urgence à une perspective de développement à long terme. Elle chargeait aussi l'OMS d'intensifier sa coopération avec les Etats Membres pour renforcer leur état de préparation et leur capacité de faire face aux situations de catastrophe;
- la résolution WHA42.16, de 1989, invitant le Directeur général à appuyer la Décennie et à élaborer un programme de l'OMS pour celle-ci.

Les politiques ainsi définies ont déterminé l'approche de l'OMS en ce qui concerne l'état de préparation et la capacité de faire face aux situations d'urgence.

2.2 Objectifs proposés

Pour la période 1990-1993, l'OMS a inscrit dans ses priorités programmatiques de promouvoir et de renforcer l'état de préparation du secteur sanitaire des Etats Membres face aux situations d'urgence.

Cet objectif général couvre les objectifs spécifiques ci-après :

- Promouvoir et appuyer la mise en place au ministère de la santé d'un programme technique chargé de la planification courante précatastrophe et de la coordination des activités de secours du secteur sanitaire en cas de catastrophe.
- Promouvoir et appuyer la formation des ressources humaines nationales requises pour une action sanitaire efficace en cas de catastrophe.
- Stimuler une coopération étroite entre le ministère de la santé, d'autres institutions gouvernementales, les organisations non gouvernementales, la défense civile et les représentants de la communauté internationale avant, pendant et après les catastrophes.
- Améliorer l'assistance sanitaire de la communauté internationale à tout pays affecté par une catastrophe.

3. STRATEGIE DE LA PREPARATION AUX SITUATIONS DE CATASTROPHE

Pour que puissent être atteints les objectifs ci-dessus, l'OMS doit s'efforcer :

- d'apporter une coopération technique au secteur sanitaire des Etats Membres, en particulier de ceux qui sont particulièrement exposés aux catastrophes, afin de renforcer leurs institutions et leurs mécanismes d'action sanitaire pour y faire face;
- d'appuyer le développement de ressources humaines dans les Etats Membres, notamment dans les Etats particulièrement exposés aux catastrophes, afin d'améliorer leur état de préparation et leur capacité de secours.

3.1 Renforcement institutionnel du secteur sanitaire

Le ministère de la santé publique (en tant qu'organe directeur du secteur sanitaire dans les pays où plusieurs ministères s'occupent des soins de santé) est responsable de la santé (selon la définition de l'OMS) de la population dans les périodes normales aussi bien que dans les situations d'urgence causées par les catastrophes. Cette responsabilité impose au ministère de la santé publique d'élaborer et de maintenir les plans, mécanismes et procédures nécessaires pour que des soins de santé publique soient assurés dans toute circonstance catastrophique. Rares sont les ministères de la santé publique qui assument pleinement cette responsabilité. Dans certains cas, c'est parce que les autorités sanitaires sont submergées par des problèmes quotidiens. Dans d'autres cas (par exemple dans la Région des Amériques au début des années 1980), cela est dû à l'impression trompeuse que les institutions de protection ou de défense civile, la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge, ou les forces armées, se chargeront seules des problèmes médicaux et de santé publique.

Les organismes de défense et de protection civile ou les comités nationaux pour les situations d'urgence sont des mécanismes de coordination. Leur raison d'être n'est aucunement de remplacer le ministère de la santé publique ou d'autres institutions sanitaires en assurant les services de santé. La Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge est un très précieux et efficace "auxiliaire" des autorités nationales. Mais ses attributions en cas de catastrophe varient d'un pays à l'autre, et sont souvent limitées à des aspects spécifiques de secours à court terme, tels que la recherche et le sauvetage, les soins préhospitaliers, les transports ou la fourniture d'abris temporaires. Pour être active et efficiente que soit une Société nationale de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge, elle n'a pas à se substituer à un ministère de la santé publique jouant correctement son rôle. Cela est particulièrement vrai au cours de la période de réhabilitation/reconstruction.

3.1.1 Mise en place d'une "unité" sanitaire en cas de catastrophe

De même que la santé maternelle et infantile ou la surveillance épidémiologique trouvent leur place dans la structure organique du ministère en tant que fonction permanente du secteur sanitaire, l'OMS doit de son côté considérer comme une priorité la mise en place officielle, ou le renforcement, d'un programme technique de préparation aux situations d'urgence et aux secours en cas de catastrophe au sein du ministère de la santé publique. Les ministères de la santé publique devraient être encouragés à faire la preuve de leur engagement permanent en ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence, en :

- prenant des mesures administratives ou juridiques pour institutionnaliser un bureau ou un service de préparation, à un niveau approprié, dans le cadre de la structure organique du ministère;
- affectant des ressources humaines et budgétaires spécifiques à cet effet.

La réalisation de cet objectif, pour raisonnable et simple qu'elle paraisse, représente l'étape la plus difficile et la plus critique. Ce sera pourtant là l'indicateur le plus fiable de l'impact et du succès des mesures de préparation de l'OMS au niveau national ou régional. Sans engagement national, les activités ad hoc de l'OMS, telles que séminaires, ateliers ou diffusion de publications, ne permettront pas d'atteindre le résultat escompté.

Dans la plupart des pays en développement, les modifications à introduire dans la structure organique du ministère et dans son budget pourront demander l'approbation d'une assemblée parlementaire ou des décisions législatives.

Le niveau administratif de l'unité en question pose aussi un problème critique. Il est essentiel que cette unité ait un accès immédiat au niveau le plus élevé de la politique et de la prise de décisions. Quand les programmes ou les unités de préparation aux situations de catastrophe ont été incorporés à des départements limités à des disciplines spécialisées, comme l'épidémiologie ou l'hygiène du milieu, on a constaté qu'ils ne réussissaient pas à mettre au point une action multidisciplinaire et globale coordonnée du système sanitaire. Dans les pays possédant des programmes de préparation avancés, on constate de plus en plus fréquemment que l'unité compétente est rattachée au bureau du Directeur général, du vice-ministre ou du ministre.

Les fonctions de l'unité couvrent un large spectre, et on trouvera à l'annexe 2 un modèle de son mandat tel qu'il a été adopté dans les Amériques. A part les fonctions de planification, d'établissement de normes et de coordination, les Etats Membres peuvent confier à l'unité en question davantage de responsabilités et de ressources opérationnelles en termes de prestations de soins et services de santé lors des situations d'urgence. Néanmoins, il est préférable de faire dans toute la mesure possible confiance aux ONGs et aux Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge existantes.

3.1.2 Promotion de la coordination intersectorielle

- **Coordination intersectorielle** : Même si le mandat de l'OMS est limité au secteur sanitaire, la préparation sanitaire aux situations d'urgence empiète souvent sur d'autres secteurs, ou en dépend. Aussi l'OMS doit-elle, en coordination avec les autorités sanitaires nationales, stimuler la participation et la coordination d'autres secteurs clés, par exemple le système de défense civile et les ministères de la planification, de l'intérieur, de la défense et des affaires étrangères. Pour bien préparé qu'il soit, le secteur sanitaire ne peut pas agir efficacement dans le vide, et l'OMS devrait activement promouvoir la coordination intersectorielle.

Celle-ci doit fonctionner sur une base de réciprocité. Le PNUD, par ses activités de prévention, de réhabilitation et de reconstruction, et l'UNDRO, par ses activités de préparation et de secours, devraient continuer à jouer leur rôle capital d'encourager les Etats Membres à rechercher l'entière participation de leurs secteurs sanitaires. Mais l'OMS, institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, doit aussi toucher d'autres secteurs, et promouvoir des actions visant à réduire l'impact des catastrophes sur la santé et la perte de vies humaines. Il est important que l'OMS se fasse le champion de la prise de conscience communautaire. En appuyant des activités extérieures au mandat du secteur sanitaire, par exemple, l'application de techniques de construction plus sûres ou la planification conjoncturelle des écoles, l'OMS pourrait contribuer à sauver des vies ou à réduire la gravité des blessures autant que par les efforts qu'elle déploie pour préparer les services de santé des pays à porter secours après les catastrophes.

Le Comité d'experts devrait appuyer les efforts de l'OMS pour intensifier la participation et le rôle du secteur sanitaire dans toutes les activités visant à atténuer l'impact des catastrophes. Il est bon de rappeler

qu'en Amérique latine et dans les Caraïbes, aussi bien que dans d'autres régions, l'OMS a joué un rôle des plus actifs dans la mise en place de comités nationaux de la Décennie internationale de prévention des catastrophes naturelles. Par cette action, l'OMS a fait en sorte que les besoins sanitaires figurent en bonne place dans les listes de priorités et dans le plan d'action de la Décennie.

- **Coordination à l'intérieur du secteur sanitaire :** L'OMS doit viser à renforcer la position du ministère de la santé publique à la tête du secteur sanitaire. Elle devrait promouvoir l'établissement de communications par dessus les barrières juridiques et institutionnelles. Ainsi, l'unité sanitaire nationale chargée de la préparation aux situations de catastrophe sera plus efficace et pourra employer ses ressources d'une manière plus rentable. Il est utile de répéter qu'un programme de préparation du ministère de la santé publique exécuté sans contact avec ceux d'autres institutions sanitaires va à l'encontre du but recherché et ne peut qu'échouer. Les institutions internationales comme l'OMS peuvent jouer un rôle déterminant dans la promotion du dialogue nécessaire au niveau des pays.

Si l'OMS doit conserver sa position de tête dans le secteur sanitaire, elle n'est pas pour autant l'unique institution des Nations Unies qui doive coopérer dans le domaine de la santé. L'UNICEF peut aussi offrir une contribution déterminante. En fait, dans la plupart des catastrophes naturelles et des conflits, les femmes et les enfants sont exposés à des risques supérieurs à ceux des autres. En outre, dans bien des cultures, les femmes prennent des mesures préventives pour atténuer le risque couru par leurs familles, et l'UNICEF devrait se préoccuper constamment de l'état de préparation des communautés et des familles. D'autres agences spécialisées des Nations Unies, comme l'AIEA, ont mis au point des programmes pilotes de préparation pour la gestion médicale de la surexposition aux radiations, et communiquent et coopèrent avec OMS/RAD dans les questions de prévention et de sécurité.

La Division ERO de l'OMS et l'unité du ministère de la santé publique chargée des situations de catastrophe doivent assumer la responsabilité d'organiser les secours dans tous les types de situations d'urgence, y compris les catastrophes radiologiques/nucléaires. Aussi ERO et ses homologues doivent-ils communiquer et coopérer au niveau mondial (Siège de l'OMS), ainsi qu'aux niveaux régional et national. Tout en évitant les doubles emplois, l'OMS et son potentiel d'expertise en matière de gestion des situations de catastrophe doivent être pleinement utilisés dans l'intérêt des Etats Membres.

3.1.3 Formulation de plans pour les situations de catastrophe et préparation à ces situations

On estime parfois que l'existence d'un plan écrit détaillé pour les situations de catastrophe constitue l'essence de la préparation à ces situations. Les plans sectoriels ou institutionnels écrits sont certes nécessaires, mais ce qui importe avant tout, c'est la manière dont ils sont formulés.

Au début de la décennie 1980, des fonctionnaires de la santé bien intentionnés, ou des consultants ad hoc, ont rédigé des plans conjoncturels de large portée et scientifiquement valables. Dans bien des cas, même si le document final était de nature à impressionner, son auteur n'avait pas pris en compte d'autres programmes du ministère de la santé publique, et le document avait été préparé sans participation des autres secteurs sanitaires clés devant jouer un rôle dans les secours en cas de catastrophe. Les catastrophes qui ont frappé par la suite l'Amérique latine ont révélé l'inanité de tels exercices. Pour une fois, le travail accompli n'était guère justifié par le produit final.

3.1.4 Utilisation efficace des ressources existantes

Les projets de préparation aux situations de catastrophe mettent traditionnellement l'accent sur l'acquisition de matériel sophistiqué (télécommunications, moyens de transport, hôpitaux de campagne, etc.), sur la constitution de vastes réserves d'approvisionnements (tentes, médicaments) ou sur d'autres mesures visant à accumuler les équipements. Le Bureau régional des Amériques a décidé de décourager par principe l'accumulation des matériels médicaux et de médicaments essentiels pour les situations de catastrophe dans les pays où, à cause de la situation économique, les services de santé souffrent d'une pénurie constante de matériel.

Autre exemple : il n'est guère justifié de réserver l'utilisation du matériel radio exclusivement aux situations de catastrophe, alors que les services de santé ont absolument besoin d'un réseau radio pour leurs activités quotidiennes. L'approche de l'OMS en matière de préparation des pays aux situations de catastrophe devrait être basée sur la mise en place progressive de structures, une utilisation plus efficace des ressources existantes et le développement de ressources humaines locales. La Division ERO de l'OMS devrait insister sur l'utilisation efficace des ressources existantes. Les mécanismes interpayes et bilatéraux ainsi que les institutions des Nations Unies sont mieux placés pour investir les capitaux nécessaires à la constitution de réserves.

3.1.5 Préparation des communautés locales

On ne saurait trop insister sur le fait que la préparation au niveau central est vaine s'il n'y a pas participation et initiative des communautés locales. L'OMS devrait promouvoir de petits projets pilotes intégrant les activités de préparation locale (cartographie des risques, prévention et planification locale) comme étape logique en vue de la mise en oeuvre des directives OMS/Croix-Rouge et Croissant-Rouge figurant dans la brochure "Le personnel local de santé et la communauté face aux catastrophes naturelles".

3.2 Développement des ressources humaines pour la santé

Comme on l'a déjà mentionné, la réaction à une situation de catastrophe suit rarement le plan conjoncturel soigneusement élaboré dans le calme d'un bureau. Compte tenu des ressources matérielles disponibles sur place, la qualité de la réaction dépend en premier lieu de l'état de préparation et des qualifications de ceux qui doivent réagir en premier, c'est-à-dire les dirigeants locaux et les services de soins de santé primaires des communautés affectées, et, en deuxième lieu, de la capacité de la structure institutionnelle au niveau central, à appuyer et coordonner les secours extérieurs. Mieux les services de santé locaux et les communautés seront préparés, et meilleure sera la réponse nationale générale. Le développement des ressources humaines par la formation d'instructeurs devrait être une composante essentielle du rôle de l'OMS dans la préparation aux situations de catastrophe.

3.2.1 Objectifs de la formation

C'est dans leur totalité que les services de santé (fournisseurs de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires) réagissent aux défis sanitaires que pose une catastrophe. Il en est de même de la communauté affectée. Par conséquent, chacun, depuis la population jusqu'au directeur des services de santé, et même plus haut, peut bénéficier d'une formation en matière de gestion d'une situation de catastrophe.

Il convient de fixer des priorités pour éviter une dispersion des efforts de l'OMS et pour maximiser l'utilisation des modestes ressources internationales disponibles.

On prendra en considération les groupes prioritaires ci-après :

- les principaux décideurs du secteur sanitaire, tels les responsables du ministère de la santé publique, de la sécurité sociale, des hôpitaux, des ONG, etc., dont l'engagement et l'appui sont essentiels pour le programme national;
- les doyens et les enseignants des facultés de médecine et des écoles apparentées - écoles de santé publique, d'ingénierie sanitaire, de soins infirmiers, etc.-, afin que la préparation aux situations de catastrophe soit progressivement incluse dans les programmes d'études;
- les hauts fonctionnaires d'autres secteurs comme la défense civile, les affaires étrangères, le ministère de la planification et aussi les responsables des grands médias; comprenant les problèmes de santé associés aux catastrophes, ils pourront plus efficacement apporter un soutien au secteur sanitaire.

En principe, les activités de formation à la prévention des catastrophes et à la préparation aux situations d'urgence devraient promouvoir une coopération entre institutions et entre disciplines différentes. On peut, quand c'est opportun, viser particulièrement des groupes de disciplines spécifiques (par exemple, cliniciens, infirmières, ingénieurs, etc.); néanmoins, il faudrait aussi encourager la participation d'instructeurs et d'éléments d'autres disciplines.

3.2.2 Contenu des activités de formation

Selon leur nature, les activités d'un programme de formation peuvent être regroupées en activités de formation à la vigilance/gestion et activités de transfert de capacités spécifiques.

i) Formation à la vigilance et à la gestion sanitaire dans les situations d'urgence

Dans les premières phases d'un programme, il faudrait organiser au niveau inter pays des ateliers et des séminaires entre pays caractérisés par une vulnérabilité analogue face au même type de catastrophes. Ces activités couvriront un vaste terrain sans trop approfondir les questions. Elles viseront à éclairer les participants sur la gestion sanitaire des situations de catastrophe et à inciter les gouvernements à appuyer une formation plus spécifique. La tâche n'est pas facile s'agissant, par exemple, d'atténuer les conséquences d'une catastrophe : dans ce cas, le problème est non seulement complexe, mais aussi culturellement et géographiquement spécifique, et ne se prête guère à des solutions ou des approches universelles.

Les ateliers ou réunions au niveau mondial ou interrégional joueront un rôle essentiel, mais certainement limité. Le rapport coût/efficacité des ateliers portant sur la préparation/gestion générale en cas de grande catastrophe "multirisques" a été faible. Par exemple, les dirigeants africains cherchant à résoudre les problèmes de santé dus à la sécheresse ou aux criquets ne tireront guère profit d'un dialogue avec les administrateurs sanitaires de grandes zones métropolitaines surtout préoccupés de la vulnérabilité de leurs territoires face aux séismes. Les activités interrégionales de l'OMS devraient comprendre :

- des réunions sur des sujets clairement limités, tels que l'apport urgent de nourriture dans les situations de famine, la prise en charge des brûlés quand ceux-ci sont en grand nombre, la gestion sanitaire d'un type spécifique de risques naturels, les accidents chimiques ou radiologiques, etc.;

- des réunions pour fixer des normes ou des politiques dans des domaines tels que les trousseaux médicales, les répertoires d'après-catastrophe, le tri/identification des victimes quand il y en a un grand nombre, le traitement de l'eau et sa distribution lors des catastrophes soudaines, et d'autres questions qui ne peuvent pas être réglées par les pouvoirs publics sur une base régionale ou sous-régionale;
- réunions annuelles de responsables régionaux de l'OMS avec ceux d'autres institutions jouant un rôle important dans le domaine considéré (ONU, ONGs);
- voyages/bourses d'études de courte durée (1-2 mois) pour les directeurs/administrateurs des unités sanitaires nationales chargés des situations de catastrophe.

A une phase ultérieure, l'OMS devra être prête à aider les ministères de la santé publique à reproduire la même formation au niveau national ou provincial, créant ou mobilisant ainsi un contingent appréciable de professionnels de la santé qui aideront le ministère de la santé et son unité chargée des situations de catastrophe à formuler pour le secteur sanitaire une politique nationale de formation et d'éducation et un programme précis en matière de prévention des catastrophes et de préparation aux situations de catastrophe. La mise en route systématique d'activités de formation ainsi normalisées représente une entreprise indispensable, mais coûteuse.

En même temps, l'OMS devrait encourager certains programmes ou projets de formation menés au niveau inter pays ou national à inclure dans leurs activités des conférences ou des réunions consacrées à des questions en rapport avec les situations de catastrophe. Il peut s'agir notamment de programmes tels que la surveillance des maladies transmissibles et la vaccination dans les situations de catastrophe, la gestion des approvisionnements en eau dans les camps de réfugiés et la gestion des médicaments essentiels dans les situations d'urgence aiguës.

En ce qui concerne les principaux responsables d'autres ministères ou d'autres secteurs, leur formation consistera, pour commencer, à participer aux activités de formation à la surveillance qui s'adressent en premier lieu aux professionnels de la santé. Quand la formation de ces derniers sera suffisamment avancée, il conviendra d'organiser des ateliers et des séminaires inter pays et nationaux spécifiques à l'intention de personnels non sanitaires, mais pouvant jouer un rôle dans le domaine de la santé (ministère de la planification, affaires étrangères, grands médias, etc.).

ii) Transfert de compétences particulières

Il ne sert à rien de former des généralistes à la coordination et à la prise en charge générale des situations de catastrophe si les agents sanitaires spécialisés ne possèdent pas la compétence spécifique requise pour jouer leur rôle technique lors d'une telle situation.

L'expérience acquise lors de catastrophes passées confirme que les méthodes et les mesures normalement utilisées pour les soins médicaux, la lutte contre les maladies, l'hygiène du milieu restent les plus appropriées dans les situations de catastrophe. Mais il faut les mettre en oeuvre plus vite, plus efficacement et sur une plus vaste échelle, avec moins de ressources et dans des conditions plus difficiles. Il n'est donc pas étonnant que l'amélioration des soins de santé lors des catastrophes dépende de l'amélioration de la qualité et de l'efficacité des soins de santé fournis dans des circonstances normales. Les activités de formation conçues pour des conditions normales se révéleront aussi utiles dans les situations d'urgence.

Au niveau des soins de santé primaires, dans la plupart des pays en développement, il n'existe peut-être que des différences minimales entre les compétences sanitaires nécessaires pour des situations "normales" d'austérité économique et celles qui sont requises lors des catastrophes. Quand les fournitures et les médicaments font périodiquement défaut, quand il n'y a pas de matériel perfectionné, quand dans les zones rurales la demande dépasse de loin les soins médico-sanitaires disponibles, on peut soutenir que les services de santé travaillent en permanence dans une situation d'urgence. L'initiative des "médecins aux pieds nus", en Chine, et l'approche de district, en Afrique, sont des exemples de stratégies qui relèvent directement des soins de santé primaires lors des crises ou dans les situations de catastrophe. L'OMS pourra tirer beaucoup d'enseignements de ces initiatives lorsqu'elle élaborera un programme réaliste de formation et de préparation aux situations d'urgence.

Les activités OMS de formation concernant les soins médicaux en cas de traumatisme, la nutrition, l'alimentation dans les situations d'urgence, le traitement de l'eau, la surveillance des maladies, la lutte contre le paludisme, etc. devraient être intégrées pour couvrir aussi bien les situations normales que les situations de catastrophe. Des éléments concernant les situations d'urgence devraient figurer dans les matériels scientifiques et dans les cours et ateliers prévus par d'autres sections ou divisions de l'OMS.

Au niveau des soins secondaires/tertiaires, particulièrement dans les zones urbaines des pays en développement les plus étendus et les plus avancés, le travail des agents sanitaires est de plus en plus conditionné par la technologie et les matériels. Ces agents deviennent aussi moins capables de s'acquitter de tâches ne rentrant pas dans leur domaine de connaissances particulier. Lors d'une situation d'urgence ou de catastrophe, la technologie et les matériels peuvent faire défaut, et les spécialistes, ainsi que les agents sanitaires, peuvent être appelés à s'acquitter de tâches ne relevant pas de leurs compétences particulières. Dans la Région européenne, EURO et le Conseil de l'Europe ont entrepris avec un appréciable succès l'enseignement des soins médicaux de catastrophe. Il en est de même dans la Région des Amériques en ce qui concerne les plans de préparation des hôpitaux.

La formation aux techniques, aux compétences et aux procédures d'urgence devrait faire partie de la formation aux situations de catastrophe dans toutes les régions du monde. Plutôt que de jouer elle-même le premier rôle opérationnel à cet égard, l'OMS devrait appuyer la participation active d'autres organisations, régionales ou bilatérales. L'enseignement dispensé devrait se fonder sur les résultats et les observations de l'épidémiologie des catastrophes, question qui est traitée dans un autre document.

C'est au niveau de la famille et de la communauté que sont prises les mesures sanitaires les plus décisives et les plus immédiates après la catastrophe. Lors des catastrophes soudaines, les recherches, les secours et les premiers soins sont le fait de parents et de voisins, plutôt que des services sanitaires organisés ou des sapeurs-pompiers. Au niveau de la famille, la contribution la plus utile de l'OMS pourrait être de soutenir l'action de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ainsi que les efforts d'autres institutions pour promouvoir une formation aux premiers secours. Une coopération plus étroite entre le représentant de l'OMS, la Croix-Rouge nationale, le Croissant-Rouge national et le ministère de la santé publique est nécessaire pour que la formation aux premiers secours bénéficie de la priorité et de l'appui appropriés. Au niveau de la communauté, la participation des organisations et des notables locaux est indispensable pour assurer une préparation efficace. Les Etats Membres devraient, à cet égard, prendre exemple sur les exercices de simulation effectués avec la participation de la communauté

tout entière, comme celui qui a eu lieu lors de l'atelier sur la prise en charge sanitaire des situations de catastrophe organisé il y a quelques années par l'OMS et par le Ministère indonésien de la Santé publique.

3.2.3 Effet multiplicateur

Pour développer au plan mondial/régional des ressources humaines prêtes à intervenir en cas de catastrophe, l'OMS doit préparer des programmes nationaux autonomes de formation à la prise en charge sanitaire des situations d'urgence. Cette action de l'OMS peut exercer un effet catalytique, à condition qu'elle se fasse selon certaines approches.

i) Mise au point de matériels pédagogiques

Pour qu'un programme appuyé par l'OMS puisse exercer un effet multiplicateur, il faut que les "agents multiplicateurs" nouvellement formés bénéficient d'un large appui technique sous la forme de matériels écrits et d'auxiliaires audiovisuels (séries de diapositives, programmes vidéo, etc.) et, dans certains cas, de l'assistance de consultants à court terme qui les aideront à reproduire cours ou ateliers dans leur propre environnement. La mise au point de matériel de formation devrait être à la base du programme OMS de préparation aux situations d'urgence, ce matériel constituant un support indispensable pour la formation du personnel sanitaire national. Il est heureux qu'aucun pays ne soit, relativement parlant, frappé d'une pléthore de grandes catastrophes mais, paradoxalement, il en résulte l'inconvénient qu'aucun pays n'est à même de préparer, sur la base de sa seule expérience, des matériels pédagogiques pour la prise en charge sanitaire des situations d'urgence auxquelles il peut être confronté. Une collaboration internationale entre OMS/ERO et la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le CICR, le HCR, l'AIEA, Médecins sans Frontières et d'autres organismes de terrain expérimentés permettra de faire en sorte que les matériels produits correspondent aux réalités, et non à des idées préconçues ou à des illusions sur les catastrophes, qui ne sont que trop souvent entretenues dans bien des établissements universitaires ou institutions officielles locales. Pour en assurer la plus large diffusion possible, il faut que les matériels soient fournis gratuitement, ce qui représenterait une déviation de l'usage établi de l'OMS.

Le contenu scientifique des matériels pédagogiques devrait progressivement couvrir les grandes zones de la prise en charge sanitaire des situations d'urgence, compte tenu des matériels déjà disponibles dans les bureaux régionaux ou dans d'autres organisations. L'idéal serait que ces matériels soient adaptés (pas simplement traduits), eu égard aux cultures spécifiques, régionales ou sous-régionales et aux différences entre les divers systèmes de santé. L'adaptation régionale et nationale pourrait même être plus poussée dans certains domaines sensibles de la préparation aux situations d'urgence et aux secours, ou dans certaines zones géographiques, qu'elle ne l'est, par exemple, dans le cas de la vaccination et des maladies diarrhéiques.

La préparation aux situations de catastrophe représente un domaine techniquement complexe et divers. Une fois mis en place un mécanisme national de large diffusion des compétences et des connaissances gestionnaires, l'OMS devrait céder à d'autres institutions (bilatérales ou ONGs) son rôle de soutien aux activités de formation des ministères de la santé, et s'attacher à développer de nouveaux domaines de connaissances et à préparer de nouveaux matériels pédagogiques. Par exemple, les ateliers OMS sur les éléments de base de la préparation aux situations d'urgence devraient être progressivement remplacés par des activités de

formation dans de nouveaux domaines, tels que la prise en charge sur place des victimes quand il y en a un grand nombre, la conception des hôpitaux dans les régions sujettes aux séismes, les alertes chimiques dans les zones métropolitaines modernes, les séquelles psychiatriques des tremblements de terre, etc. L'OMS devrait préserver ses ressources limitées, et en particulier celles de ses centres collaborateurs, pour les consacrer à promouvoir des idées nouvelles et à explorer des approches originales.

ii) Coopération technique entre pays en développement

Les réunions et les ateliers ne sont pas le meilleur moyen de former des personnels appelés à jouer un rôle essentiel. La meilleure stratégie à cet effet consiste à former le personnel sur le tas, en l'exposant à tout un large éventail de problèmes réels. Les missions à court terme auprès de l'Organisation, en tant que conseillers ou consultants temporaires, améliorent les connaissances et la situation des professionnels choisis à cet effet. L'OMS devrait en priorité recruter ses consultants et conseillers temporaires, au plan régional ou mondial, dans les pays en développement particulièrement exposés aux catastrophes, cela afin de constituer un réservoir de potentiel d'expertise dans ces pays. La même politique devrait s'appliquer à la désignation des centres collaborateurs de l'OMS : celle-ci devrait s'efforcer tout particulièrement de désigner et de renforcer les centres collaborateurs dans les pays en développemnt les plus exposés aux catatrophes.

iii) Participation d'institutions universitaires

Afin d'"institutionnaliser" la préparation aux situations d'urgence dans le secteur sanitaire, il faut que les programmes d'études des établissements universitaires ou techniques des pays concernés englobent progressivement les principes fondamentaux de la préparation aux situations d'urgence et de la prise en charge des situations de catastrophe. Il est d'une importance vitale, pour la stabilité et la continuité des programmes au niveau national, que les nouvelles générations de professionnels de la santé - médecins, infirmières, ingénieurs sanitaires - soient systématiquement formées aux notions de base de la préparation aux situations d'urgence. De notables succès ont été enregistrés à cet égard en Amérique latine et en Europe (voir annexe 3).

3.2.4 La "mémoire institutionnelle"

i) En matière de catastrophes, on a la mémoire courte. Les institutions comme les individus ont hâte d'oublier les leçons reçues. Il est remarquable que des erreurs commises lors de la sécheresse du Sahel, au début des années 1970, ont été répétées lors de la famine des années 1980. Les signaux d'alarme ignorés, le manque de coordination des secours, les cauchemars logistiques qui ont marqué la famine des années 1980 avaient déjà été connus par les administrateurs en place lors de la sécheresse des années 1970.

ii) Tant au niveau national qu'au niveau international, "quelqu'un" devrait noter les leçons apprises en matière de prise en charge sanitaire, et se faire le dépositaire de la sagesse collective accumulée lors des catastrophes passées. L'OMS devrait appuyer et encourager la publication et la diffusion de matériels concernant ces leçons. Au niveau national, l'instrument évidemment le mieux placé à cet effet est le service/bureau du ministère de la santé publique chargé des situations de catastrophe. Au plan international, c'est l'OMS qui devrait jouer le rôle de "mémoire

mondiale" du secteur sanitaire. A cette fin, il suffirait d'entretenir au sein d'OMS/ERO ou d'autres divisions un groupe stable de professionnels expérimentés, ou d'instituer des banques de données ou des centres de référence perfectionnés dans les centres collaborateurs de l'OMS et dans d'autres institutions.

iii) L'idée d'une mémoire institutionnelle chargée de préserver et d'utiliser les leçons reçues est certainement un argument valable pour confier à la même unité au sein d'OMS/ERO les responsabilités de la préparation et des secours immédiats dans les situations d'urgence.