

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixante-deuxième session
Luanda, République d'Angola, 19–23 novembre 2012

Point 10 de l'ordre du jour

**GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHE : UNE STRATÉGIE POUR LE
SECTEUR DE LA SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE**

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. La Région africaine de l'OMS demeure confrontée à de fréquentes situations d'urgence, d'origine naturelle ou humaine, qui causent des traumatismes, des décès, des déplacements de populations, la destruction d'établissements de santé, la désorganisation de services et entraînent souvent des catastrophes.
2. La fréquence et l'ampleur des urgences et des catastrophes ont augmenté depuis l'adoption, en 1997, de la stratégie régionale sur les opérations d'urgence et l'action humanitaire. En outre, plusieurs initiatives mondiales lancées depuis 2005, au nombre desquelles la résolution WHA64.10 adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2011, ont mis l'accent sur la gestion des risques de catastrophe (GRC) en tant que dispositif permettant de contenir et de minimiser l'impact des situations d'urgence.
3. L'OMS a reconnu la nécessité pour les États Membres d'élaborer des politiques et une législation, et de se doter de capacités, en vue d'institutionnaliser la GRC dans le secteur de la santé. Une évaluation effectuée en 2011 a montré que la majorité des pays de la Région ne disposent pas de telles politiques, de telles capacités ni d'une telle législation.
4. La présente stratégie régionale propose aux États Membres de renforcer la gestion des risques de catastrophe par : l'élaboration de lois et de politiques adaptées; le renforcement de capacités suffisantes au ministère de la Santé; l'évaluation et la cartographie des risques du point de vue du secteur de la santé; l'évaluation du niveau de sécurité des hôpitaux et des établissements de santé et l'application des normes y afférentes; le renforcement de la résilience des communautés et de la préparation; l'élaboration de normes nationales de riposte; le renforcement des bases factuelles et la gestion des connaissances. Toutes ces actions devraient favoriser la préparation du système de santé, la mise en place d'une riposte suffisante du secteur de la santé en cas d'urgence et réduire la probabilité que des situations d'urgence ne se transforment en catastrophes.
5. Le Comité régional a examiné et adopté la présente stratégie.

SOMMAIRE

	Paragraphes
INTRODUCTION	1–4
ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION	5–10
STRATÉGIE RÉGIONALE	11–27
SUIVI ET ÉVALUATION	28–29
CONCLUSION.....	30–32

INTRODUCTION

1. En 2011, trente-cinq pays¹ de la Région africaine ont connu des situations d'urgence, une urgence étant définie comme «toute circonstance qui présente un risque si une action n'est pas entreprise immédiatement²». Souvent, une urgence gagne en ampleur et se transforme en catastrophe, définie comme «une grave désorganisation du fonctionnement d'une communauté ou d'une société, qui provoque d'importants dégâts humains, matériels, économiques ou écologiques surpassant la capacité de la communauté ou de la société affectée à y faire face en utilisant ses propres ressources³». Les catastrophes survenues récemment dans la Région comprennent : les violences postélectorales de 2007-2008 au Kenya, qui ont entraîné le déplacement de plus de 300 000 personnes; la flambée épidémique majeure de choléra qui a frappé le Zimbabwe en 2008, touchant plus de 11 000 personnes et provoquant une forte mortalité; la sécheresse de 2009 à la Corne de l'Afrique, qui a touché près de 23 millions de personnes; les violences ayant suivi l'élection présidentielle de novembre 2010 en Côte d'Ivoire, qui ont entraîné le déplacement de plus de 900 000 personnes; les inondations de 2010-2011 dans 9 pays d'Afrique australe, qui ont affecté environ 150 000 personnes et provoqué la dévastation de terres agricoles, ainsi que la destruction de maisons et d'infrastructures sociales, dont des établissements de santé; et la crise actuelle dans la sous-région du Sahel, qui touche plus de 15 millions de personnes dans neuf pays.

2. Reconnaissant la gravité des situations d'urgence, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, lors de sa quarante-septième session tenue en 1997, la résolution AFR/RC47/R1, intitulée : «Opérations d'urgence et action humanitaire : stratégie régionale». Cette stratégie couvrait une période de cinq ans et était axée essentiellement sur la préparation et la riposte aux urgences. Cependant, les grandes catastrophes survenues récemment, par exemple le tsunami dans l'océan Indien en 2004 et les tremblements de terre au Pakistan et à Haïti, ont encore accentué la nécessité de la gestion des risques de catastrophe, au sens de la définition contenue dans le Cadre d'action de Hyōgo pour 2005–2015⁴. Les enseignements tirés de la crise de 2011 dans la Corne de l'Afrique montrent que l'échelle des décès et des souffrances, ainsi que les coûts financiers, auraient pu être réduits si un dispositif de gestion des risques avait existé. En conséquence, il a été recommandé à l'ensemble des acteurs de *gérer les risques, non la crise*⁵. Cette démarche a été renforcée en 2011 par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, qui, dans sa résolution WHA64.10, invite instamment les États Membres à renforcer les programmes de gestion des urgences sanitaires et de l'ensemble des risques de catastrophe. Les déclarations de Libreville (2008) et de Luanda (2010) réitèrent également le fait que les facteurs d'ordre environnemental, dont le changement climatique, constituent des risques majeurs susceptibles de causer des situations d'urgences et des catastrophes.

3. La gestion des risques de catastrophe (GRC) recouvre aussi bien *l'état de préparation*, c'est-à-dire «les connaissances et les capacités mises au point par le système de santé et les communautés pour anticiper, réagir et se relever efficacement des impacts de dangers ou conditions probables,

1 Algérie, Angola, Bénin, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Cap-Vert, Comores, Congo, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mali, Malawi, Mauritanie, Mozambique, Namibie, Niger, Nigeria, Ouganda, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Sénégal, Tchad, Togo, Zambie et Zimbabwe.

2 Organisation panaméricaine de la Santé. *Health Sector Self-Assessment Tool for Disaster Risk Reduction*. Barbade, 2010. Disponible sur : <http://www.disasterpublications.info/english> (dernière consultation le 13 avril 2012).

3 Ibid.

4 Stratégie internationale de prévention des catastrophes. *Cadre d'action de Hyōgo pour 2005-2015 : Instaurer la résilience des nations et des communautés face aux catastrophes*. Conférence mondiale sur la réduction des catastrophes, Kobe, Hyōgo, Japon, 2005.

5 Save the Children et Oxfam. *A Dangerous Delay: The cost of late response to early warnings in the 2011 drought in the Horn of Africa. Joint Agency Briefing Paper*. Londres, janvier 2012.

imminents ou actuels», que *la riposte*, qui est «la fourniture de services d'urgence et d'une aide en matière de santé publique pendant une catastrophe ou immédiatement après sa survenue, pour sauver des vies, atténuer son impact sanitaire, assurer la sécurité publique et combler les besoins fondamentaux des populations touchées». L'état de préparation et la riposte sont pris en considération dans la stratégie de 1997. Cependant, outre ces deux aspects, la GRC recouvre un élément de prévention, en améliorant la capacité du système de santé, de la communauté ou de la société exposée au risque à résister ou à atténuer les effets d'un danger grâce à des actions fondées sur l'analyse des risques.

4. La gestion des risques de catastrophe est définie comme le processus systématique qui consiste à utiliser des directives administratives et organisationnelles, tout comme des compétences et aptitudes opérationnelles, pour mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des capacités d'adaptation améliorées, afin d'atténuer les effets néfastes des risques (autrement dit, des phénomènes ou substances capables de causer des bouleversements ou des préjudices aux êtres humains et à l'environnement) et de minimiser la probabilité de survenue d'une catastrophe⁶. Pour appliquer la GRC, les pays doivent créer un environnement favorable, en termes de politiques et de législation, d'information et de communication, de formation, de recherche et de financement. Certaines capacités doivent également être renforcées, notamment celles de coordination du secteur de la santé et d'autres secteurs, d'évaluation des risques, de sécurisation des établissements de santé, d'atténuation des effets des catastrophes (préparation et riposte), de reconstruction du système de santé après la catastrophe (réhabilitation) et de renforcement de la résilience locale (appui aux communautés). Tous ces facteurs soulignent la nécessité d'élaborer une stratégie régionale qui englobe tous les aspects de la GRC.

ANALYSE DE SITUATION ET JUSTIFICATION

5. Chaque année, la Région africaine est frappée par des catastrophes naturelles et celles provoquées par l'homme, qui ont un impact direct et indirect sur la mortalité, la charge de morbidité et la prestation de services de santé, sans parler des répercussions négatives sur la croissance économique et l'atteinte de la plupart des objectifs nationaux de développement. En 2010, le continent africain a subi 69 catastrophes, qui ont touché 9,9 millions de personnes⁷. En 2011, la Corne de l'Afrique a été victime d'une catastrophe qui a affecté plus de 13 millions de personnes et occasionné quelque 50 000 à 100 000 pertes en vies humaines⁸. Entre 2007 et 2011, la Région africaine avait besoin en moyenne d'une enveloppe annuelle supérieure à US \$3,2 milliards pour riposter aux catastrophes, dont US \$288 millions pour les interventions du secteur de la santé⁹.

6. Les urgences et les catastrophes ont un impact économique négatif sur les pays. Selon la Banque mondiale, les catastrophes naturelles ont causé des dégâts représentant 2 % à 15 % du produit intérieur brut (PIB) annuel d'un pays exposé, et le coût des catastrophes naturelles aurait pu être réduit de US \$280 milliards si l'on avait investi US \$40 milliards dans la prévention¹⁰. En 2007,

6 Organisation panaméricaine de la Santé. *Health Sector Self-Assessment Tool for Disaster Risk Reduction*. Barbade, 2010. Disponible sur : <http://www.disasterpublications.info/english> (dernière consultation le 13 avril 2012).

7 Guha-Sapir D, Vos F, Below R, avec Ponsérre S. *Annual Disaster Statistical Review 2010: The Numbers and Trends*. Bruxelles, CRED; 2011.

8 Save the Children et Oxfam. *A Dangerous Delay: The cost of late response to early warnings in the 2011 drought in the Horn of Africa. Joint Agency Briefing Paper*. Londres, janvier 2012.

9 Service de suivi financier du Bureau de coordination des affaires humanitaires.

10

<http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:20169861~pagePK:64257043~piPK:437376~theSitePK:4607,00.html>. Consulté le 9 juillet 2012.

la perte économique totale résultant des décès liés aux catastrophes se chiffrait à US \$117,2 millions dans la Région africaine.

7. En dépit de la prévalence des situations d'urgence, des catastrophes et de leur effet sanitaire et économique négatif, l'évaluation de base d'un environnement favorable et de la capacité de GRC effectuée dans 32 États Membres de la Région en 2011 a montré que le secteur de la santé de ces pays ne dispose pas de politiques ni de capacités adéquates de GRC. Les rôles du secteur de la santé décrits dans des lois et politiques nationales multisectorielles sur les catastrophes ne se sont pas parfaitement traduits par des politiques et des pratiques propices à la santé. L'évaluation a montré que les lois nationales de santé et les politiques sanitaires nationales couvrent des aspects inhérents à la GRC dans uniquement sept¹¹ et dix¹² États Membres respectivement. Des lacunes manifestes ont été mises en évidence pour ce qui concerne la capacité du secteur de la santé à assurer la coordination intra-sectorielle et intersectorielle. Sur les 32 États Membres couverts par l'évaluation, 14 seulement ont doté leur ministère de la Santé d'une unité chargée de la GRC. Un comité national multisectoriel de gestion des catastrophes existe dans 25 pays, mais le sous-comité du secteur de la santé a été institué uniquement dans 13 d'entre eux¹³.

8. Tous les États Membres n'ont pas encore élaboré des programmes visant à renforcer la résilience des établissements de santé, sur la base des résultats d'évaluation, en utilisant l'indice de sécurité des hôpitaux¹⁴. Les activités communautaires de GRC, généralement mises en œuvre à travers des ONG, ne sont pas coordonnées ni structurées en fonction de l'évaluation des risques spécifiques aux communautés. Les plans d'intervention du secteur de la santé en cas de catastrophes ne tiennent pas compte de tous les risques potentiels auxquels les pays sont exposés, et ne sont fondés sur des évaluations de risques que dans quatre pays¹⁵. Six États Membres seulement se conforment aux processus recommandés pour ces plans d'intervention, à savoir des exercices sur table, des simulations et un examen périodique fondé sur les leçons apprises¹⁶. Aucun pays couvert par l'enquête n'a pu réunir tous les quatre principaux éléments de l'état de préparation optimale en cas d'urgences et d'opérations de riposte aux catastrophes, qui sont : le plan de poursuite des activités ou de continuité des soins; les modes opératoires normalisés; le système de triage; et la procédure d'évacuation¹⁷.

9. La capacité à mettre en vigueur les normes nationales pendant une intervention en cas d'urgence ou de catastrophe reste insuffisante. Plusieurs acteurs humanitaires opèrent sur le terrain, chacun d'entre eux emploie une stratégie et des directives techniques différentes, qui, dans bien des cas, ne sont pas conformes aux normes nationales¹⁸. Les États Membres continuent d'allouer des ressources insuffisantes aux urgences, et la plupart des pays comptent essentiellement sur le financement des donateurs, qui est très souvent destiné à une riposte rapide. La prévention et la

11 Afrique du Sud, Burkina Faso, Comores, Éthiopie, Gabon, Liberia et Ouganda.

12 Afrique du Sud, Angola, Burkina Faso, Comores, Éthiopie, Ghana, Mali, Ouganda, République démocratique du Congo, Sénégal et Togo.

13 Afrique du Sud, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Lesotho, Liberia, Madagascar, Mauritanie, Ouganda, Sénégal et Togo.

14 Organisation panaméricaine de la Santé. *Indice de sécurité des hôpitaux – Formulaires d'évaluation de la sécurité des hôpitaux*. Washington DC, 2008.

15 Burkina Faso, République démocratique du Congo, Tanzanie et Togo.

16 Burkina Faso, Ghana, Liberia, Madagascar, République démocratique du Congo et Togo.

17 Organisation panaméricaine de la Santé. *Health Sector Self-Assessment Tool for Disaster Risk Reduction*. Barbade, 2010. Disponible sur <http://www.disasterpublications.info/english> (dernière consultation le 13 avril 2012).

18 Outre les lignes directrices de l'OMS, il existe plusieurs autres directives élaborées ou en cours d'élaboration par le Comité permanent interorganisations (CPI) des Nations Unies, le Comité international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (CICR), Médecins sans frontières (MSF), entre autres.

préparation aux catastrophes, ainsi que la réhabilitation des systèmes de santé après la catastrophe, sont encore insuffisamment financés.

10. La stratégie régionale adoptée en 1997 était centrée principalement sur la préparation et l'intervention en cas d'urgence. Cependant, des développements récents au sein et en dehors de l'OMS résultant de catastrophes majeures récurrentes survenues dans le monde ont entraîné un changement de paradigme au profit de la gestion des risques de catastrophe. Il s'agit là du fil conducteur de la résolution WHA64.10 de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui invite instamment les États Membres à renforcer les programmes de gestion des situations d'urgence et de l'ensemble des risques de catastrophe. La nouvelle stratégie régionale doit mettre l'accent non seulement sur les interventions en cas d'urgences et de catastrophes et l'atténuation de leurs effets, mais également sur la prévention de ces événements par le renforcement de la gestion des risques, conformément à la résolution ci-dessus mentionnée. Les interventions de GRC pour le secteur de la santé mettent l'accent sur les composantes du système de santé, notamment le rôle directeur et la gouvernance, le renforcement de la résilience des établissements de santé, ainsi que l'état de préparation, conformément aux six composantes. Un système de santé renforcé pourra fournir une riposte appropriée du secteur de la santé en cas d'urgence, et aura également des effets bénéfiques au-delà des périodes d'urgence.

STRATÉGIE RÉGIONALE

But, objectif et cibles

11. La présente stratégie vise à contribuer à la sécurité humaine et au développement en améliorant la capacité du secteur de la santé à gérer les risques liés aux catastrophes, y compris par la mise en place d'une riposte intégrée de la santé aux urgences et aux catastrophes.

12. Les objectifs spécifiques de la stratégie sont les suivants :

- a) garantir la disponibilité de politiques, de méthodes et de capacités pertinentes pour orienter les actions du secteur de la santé en matière de GRC;
- b) réduire le nombre de situations d'urgence qui se transforment en catastrophes, grâce à la gestion des risques et à l'amélioration de la préparation et de la riposte;
- c) accroître l'utilisation de bases factuelles pour l'alerte précoce, la préparation et les interventions en cas d'urgences et de catastrophes.

Cibles

13. D'ici la fin 2014, tous les États Membres de la Région africaine devraient avoir :

- a) identifié et équipé, au sein du ministère de la Santé, une unité à laquelle serait confiée la responsabilité de coordonner la mise en œuvre des actions de GRC pour le secteur de la santé;
- b) créé des sous-comités sectoriels fonctionnels dans les comités nationaux multisectoriels de coordination de la GRC;
- c) intégré la GRC dans leur législation sanitaire nationale, dans leurs politiques nationales de santé et dans leurs plans stratégiques du secteur de la santé;
- d) réalisé une analyse et une cartographie des risques de catastrophe dans le cadre d'une approche multisectorielle.

14. D'ici la fin 2017, au moins 90 % des États Membres de la Région africaine devraient avoir :

- a) instauré un processus de planification et de gestion de la préparation en cas d'urgences et de catastrophes qui s'articule autour de l'élaboration de plans, du prépositionnement de fournitures essentielles, de l'allocation de ressources, de simulations, d'évaluations et de l'actualisation annuelle, en fonction de l'ensemble des risques qui prévalent dans le pays;
- b) intégré dans leurs systèmes nationaux de surveillance et d'information sanitaire des indicateurs d'alerte précoce, de préparation, d'intervention et de réhabilitation en cas d'urgence et de catastrophe;
- c) établi, sur la base de l'analyse et de la cartographie des risques de catastrophe, un dispositif qui permet de renforcer la résilience des établissements de santé et des communautés et de mener des actions de prévention;
- d) institué, en se fondant sur les modes opératoires normalisés appliqués au niveau national, un mécanisme qui permet de mener des opérations d'intervention et de réhabilitation en cas d'urgence et de catastrophe et de soutenir des interventions transfrontalières.

15. D'ici la fin 2022, tous les États Membres de la Région africaine devraient avoir pleinement mis en œuvre les interventions de la présente stratégie régionale.

Principes directeurs

16. Les principes directeurs de la présente stratégie sont :

- a) les principes de **l'égalité entre hommes et femmes** et des **droits de l'homme**, qui garantissent la prise en compte de la dimension sexospécifique et des droits de l'homme dans les politiques et programmes, ainsi que la neutralité et l'impartialité dans l'action humanitaire;
- b) **l'équité** dans l'accès aux services, avec un accent marqué sur les groupes de populations hautement vulnérables, au nombre desquels figurent les migrants¹⁹ et les populations des petits États insulaires en développement²⁰;
- c) **l'appropriation par les pays**, en vertu de laquelle les gouvernements coordonnent et s'assurent que toutes les interventions des partenaires sont conformes aux directives nationales pertinentes;
- d) la **participation**, caractérisée par l'implication des communautés et de la société civile;
- e) le **renforcement des partenariats** à l'intérieur du secteur de la santé, en utilisant les principes de la réforme humanitaire;
- f) la promotion d'une **collaboration intersectorielle** pérenne aux niveaux local et régional.

Interventions prioritaires

17. Les interventions proposées ci-dessous représentent les conditions minimales que chaque État Membre doit remplir afin de créer un environnement propice et de se doter des capacités nécessaires pour gérer les risques de catastrophe. L'approche stratégique consiste à prendre en compte : l'ensemble des risques potentiels et tous les facteurs qui peuvent affecter la santé, y compris les déterminants de la santé; les actions d'adaptation au changement climatique; et les interventions impliquant l'ensemble des directions de services du ministère de la Santé. La stratégie n'implique pas la mise au point de nouvelles structures ni l'élaboration de nouveaux documents, mais plutôt

¹⁹ Le terme «migrants» regroupe les nomades, les migrants économiques, les paysans saisonniers qui migrent vers des sources d'eau et les pêcheurs migrants.

²⁰ Déclaration faite par les Ministres de la Santé des petits États insulaires de la Région africaine lors de leur réunion au Cap-Vert; Praia, 19 mars 2009.

l'actualisation et la consolidation de ce qui existe déjà. Les interventions proposées sont présentées ci-après, même si la fixation des priorités les concernant dépendra du contexte et des particularités de chaque pays.

18. **Élaborer des politiques, des stratégies et des réglementations adaptées pour faciliter la gestion des risques.** Cette intervention devrait inclure l'actualisation de la législation sanitaire, des politiques nationales de santé et des plans stratégiques du secteur de la santé existants afin d'y intégrer des dispositions relatives à la prévention, à la préparation et à la riposte aux effets sur la santé de tous les risques potentiels qui prévalent dans le pays. Les révisions doivent être conformes à la législation, aux politiques et aux plans nationaux multisectoriels concernant la GRC.

19. **Fournir au secteur de la santé une capacité suffisante de gestion des risques.** Le ministère de la Santé devrait être investi de la responsabilité, et être doté de l'autorité, d'une capacité et de ressources suffisantes lui permettant de coordonner les interventions sanitaires avant, pendant et après les situations d'urgence et les catastrophes. Le secteur de la santé devrait participer à toutes les décisions et actions du comité national multisectoriel de GRC, par le biais d'un sous-comité fonctionnel du secteur de la santé. Les ressources allouées au financement des activités de GRC dans le secteur de la santé doivent être tirées du budget national. De même, les pays doivent élaborer et financer des programmes d'éducation et d'enseignement aux niveaux universitaire et postuniversitaire, et entamer la formation professionnelle continue, ainsi que la recherche, sur la GRC. La formation doit être alignée sur les normes régionales en matière de formation à la gestion des situations d'urgence. La mise en place de réseaux et les communautés de pratiques sur la GRC doivent par ailleurs être encouragées.

20. **Réaliser des évaluations et la cartographie des risques.** Les vulnérabilités et les capacités du secteur de la santé doivent être évaluées conjointement avec d'autres secteurs afin de déterminer et de cartographier les risques pour la santé et la prestation de soins de santé. La capacité structurelle et fonctionnelle des établissements de santé existants à résister et à riposter aux situations d'urgence et de catastrophe doit être évaluée à l'aide de l'indice de sécurité des établissements de santé²¹. L'évaluation et la cartographie des risques devraient être actualisées régulièrement, en fonction de changements dans les profils de danger et de vulnérabilité.

21. **Mettre en œuvre des actions visant à renforcer la résilience des établissements de santé et des communautés.** Cette intervention signifie qu'il faut définir les exigences structurelles, non structurelles et fonctionnelles des nouveaux établissements de santé pour leur permettre de résister aux risques et d'assurer la continuité des soins en cas d'urgence. Les établissements de santé existants doivent être rénovés pour renforcer leur résilience, sur la base des résultats obtenus lors de l'évaluation des risques. Des plans de gestion des catastrophes doivent être élaborés et mis à l'essai dans les établissements de santé. Pour renforcer les compétences, l'expérience et les capacités au niveau local qui auraient pu être améliorées par le biais d'une éducation et d'une autonomisation communautaires suffisantes, les responsables communautaires et le personnel de santé devraient être impliqués dans l'évaluation des risques, la planification et la préparation aux urgences. Les membres de la communauté devraient aussi jouer des rôles décisifs dans la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation des actions de GRC au niveau communautaire.

22. **Préparer et fournir une riposte opportune et suffisante en cas d'urgence.** La préparation doit être renforcée par l'élaboration, l'évaluation et la révision des plans d'intervention, sur la base

21 Organisation panaméricaine de la Santé. *Indice de sécurité des hôpitaux – Formulaires d'évaluation de la sécurité des hôpitaux*. Washington DC, 2008.

d'une analyse exhaustive des risques, en tenant compte de tous les risques qui prévalent. Les plans de préparation aux urgences doivent prévoir : l'identification d'équipes d'intervention rapide aux niveaux local et national, y compris les sources d'appui renforcé; le prépositionnement de fournitures médicales et d'autres matériels ou équipements; la désignation d'unités d'isolation et de zones sécurisées; l'organisation de services de prise en charge d'un nombre très élevé de blessés. Les procédures doivent être régulièrement mises à l'essai par des exercices sur table ou sur ordinateur et des simulations. Les modes opératoires normalisés des opérations d'action sanitaire et de réhabilitation doivent être élaborés pour déterminer ce qui doit être fait, par qui et comment, avant, pendant et après les urgences et les catastrophes, afin de minimiser les dégâts de divers ordres provoqués par ce genre de situations. L'évaluation des besoins après la catastrophe doit être effectuée pour favoriser la continuité des soins et réhabiliter les services de santé publique dans le cadre de plans stratégiques nationaux de santé actualisés.

23. **Produire et diffuser des bases factuelles.** L'information sur les conséquences sanitaires projetées et réelles des catastrophes d'origine naturelle ou provoquées par l'homme doit être générée et suivie à l'aide d'indicateurs appropriés, à travers le système national de surveillance. Il s'agira en fait de mettre en place un dispositif d'alerte précoce qui orientera la préparation et l'action sanitaire. Il faut améliorer la gestion de l'information, y compris l'utilisation de la rétroinformation. Il s'avère nécessaire de conduire la recherche opérationnelle en ce qui concerne le changement des modèles de risque pour diverses communautés, y compris des groupes hautement vulnérables tels que les migrants et les populations des petits États insulaires en développement. Les aspects opérationnels de la riposte et de la réhabilitation, par exemple la qualité et l'effet de la riposte, doivent être évalués par le biais d'un monitoring régulier et de la recherche pour éclairer l'adaptation des stratégies et des interventions.

Rôles et responsabilités

États Membres

24. Les États Membres doivent :

- a) jouer le rôle de chef de file et mobiliser les partenaires en vue de l'élaboration de feuilles de route nationales pour la mise en œuvre des principales interventions mentionnées dans la présente stratégie régionale;
- b) mobiliser et allouer les ressources humaines, matérielles et financières qui sont nécessaires pour mettre en œuvre les interventions, en versant notamment leurs contributions au Fonds africain pour les urgences de santé publique, qui s'occupe de la riposte, de la prévention et de la préparation aux situations d'urgence en vue de sauver des vies, et en levant des financements auprès du secteur privé;
- c) définir les responsabilités des diverses institutions et des différents niveaux du gouvernement et établir les critères régissant la prise de décision;
- d) instituer des mécanismes de mise en place de réseaux et de collaboration transfrontalière, à travers des organismes régionaux et sous-régionaux, tout comme des mécanismes de partage des données sur la GRC, comme stipulé dans le Règlement sanitaire international (RSI, de 2005);
- e) adapter et élaborer des lignes directrices et des normes pour la mise en œuvre des actions, y compris le suivi et l'évaluation des interventions.

OMS et partenaires

25. Sur la base des actions prioritaires proposées, l'OMS et les partenaires doivent :
- a) élaborer et rendre disponibles des normes, des lignes directrices et des outils adaptés pour la mise en œuvre des actions, y compris l'actualisation des politiques et plans nationaux de santé;
 - b) fournir l'orientation technique et l'appui nécessaires aux États Membres en matière de GRC aux niveaux national, infranational et local;
 - c) renforcer la collaboration et garantir la cohérence et la complémentarité des actions avec les entités pertinentes et entre celles-ci, y compris dans les secteurs public, privé, non gouvernemental et académique, dans le cadre de l'appui fourni aux pays;
 - d) renforcer la base de données factuelles sur la gestion des risques de catastrophe, par la recherche opérationnelle et des évaluations d'impact, et communiquer l'information collectée aux États Membres;
 - e) fournir un appui au renforcement des capacités aux niveaux national et local;
 - f) créer une base de données fonctionnelle pour les urgences et constituer une liste d'experts dans la Région africaine;
 - g) entreprendre le plaidoyer en faveur de l'allocation de ressources à la GRC dans la Région africaine, et faire en sorte que le Fonds africain pour les urgences de santé publique (FAUSP) devienne rapidement opérationnel;
 - h) fournir un appui à l'établissement de réseaux régionaux dans le domaine de la GRC;
 - i) élaborer des outils permettant d'estimer le coût des interventions.

Incidences en termes de ressources

26. La littérature et les expériences sur le coût de la GRC sont rares, eu égard au fait que la démarche est relativement nouvelle. Les ressources nécessaires à la mise en œuvre de la nouvelle stratégie dépendront du contexte et des particularités de chaque pays, en termes de taille, de prévalence des vulnérabilités et de capacités disponibles pour gérer les risques de catastrophe.

27. Certaines actions proposées dans la présente stratégie, y compris l'actualisation des instruments juridiques, politiques et stratégiques, pourraient être couvertes au titre des dépenses administratives courantes et pourraient ne pas nécessiter un investissement massif de fonds. Selon le Service de suivi financier du Bureau de coordination des affaires humanitaires (OCHA), chaque année, entre 2007 et 2011, les pays de la Région africaine avaient besoin en moyenne d'une enveloppe annuelle supérieure à US \$3,2 milliards pour riposter aux urgences et aux catastrophes, dont environ 9 % (US \$288 millions) pour les interventions du secteur de la santé. Un minimum de 10 % de cette somme devrait être utilisé pour la gestion des risques, la préparation et la réhabilitation, conformément à la position africaine et à l'engagement de haut niveau pris dans le cadre de la plateforme mondiale pour la réduction des risques de catastrophe. L'introduction de normes de construction d'établissements de santé à l'abri des catastrophes et la rénovation des établissements existants figurent parmi les principales composantes qui nécessitent des ressources considérables, et devraient être incluses dans le budget de développement des équipements du secteur de la santé. Cela devrait augmenter les coûts de construction de l'ordre de 5 % à 24 %, ce qui est relativement économique par rapport aux coûts qu'il faudrait supporter pour reconstruire ou réhabiliter les établissements de santé après une catastrophe.

SUIVI ET ÉVALUATION

28. Les progrès réalisés vers l'atteinte des cibles fixées dans la présente stratégie seront mesurés en 2014, en 2017 et en 2022. Les données seront collectées à travers des enquêtes pour suivre les progrès et identifier les obstacles à l'atteinte des cibles fixées.

29. Les pays suivront les principaux indicateurs des actions de gestion des risques de catastrophe aux niveaux national et des districts, en utilisant les données issues des systèmes de surveillance et d'information sanitaire, des prévisions satellitaires, des évaluations et des enquêtes de santé rapides. Les données devront être ventilées selon l'âge, le sexe et le statut social, et les différences géographiques mises en évidence. Le monitoring avant la catastrophe implique d'observer les tendances générales des risques et les tendances des risques sanitaires, et de se doter d'un système d'alerte précoce des dangers. Le monitoring avant la catastrophe permettra de rechercher des détails sur l'accessibilité, la qualité, la préparation et la sécurité des services de santé. Pendant la riposte et la réhabilitation, les résultats sanitaires doivent être impérativement suivis en mettant l'accent sur la couverture des services et interventions sanitaires essentiels, notamment la couverture des soins prénatals, qui visent à réduire la charge de morbidité et à modifier les comportements qui contribuent à une mauvaise santé. D'autres indicateurs à suivre sont la gravité de la catastrophe, la survenue et l'évolution de l'épidémie, ainsi que les indicateurs concernant la nutrition.

CONCLUSION

30. Les pays de la Région africaine continuent d'être frappés par des situations d'urgence, qui aboutissent à des catastrophes, avec leur corollaire de pertes en vies humaines évitables et de coûts importants sur le plan socioéconomique. La stratégie africaine sur les opérations d'urgence et l'action humanitaire adoptée en 1997 était centrée sur la préparation et la riposte aux urgences. Cependant, dans sa résolution WHA64.10 adoptée en 2011, l'Assemblée mondiale de la Santé a confirmé l'accent mis sur le renforcement de la gestion des risques de catastrophe dans le monde.

31. La présente stratégie régionale propose par conséquent aux États Membres de renforcer la gestion des risques de catastrophe par : l'élaboration de lois et politiques adaptées; le renforcement des capacités dans les ministères de la Santé; l'évaluation et la cartographie des risques du point de vue du secteur de la santé; l'évaluation de la sécurité et l'application des normes de construction des hôpitaux et des autres établissements de santé; le renforcement de la résilience des communautés; le renforcement de l'état de préparation; l'élaboration de normes nationales de riposte; le renforcement des bases factuelles et la gestion des connaissances. Toutes ces actions devraient favoriser la préparation du système de santé et faire en sorte qu'il soit capable de fournir une riposte suffisante du secteur de la santé en cas d'urgence et de réduire la probabilité que des situations d'urgence ne se transforment en catastrophes.

32. Le Comité régional a examiné et adopté la présente stratégie, qui couvre une période de dix ans.