

Soins de santé primaires en cas de crise

Interventions sanitaires
en cas de crise (HAC)

extrait du
rapport **annuel**

2008



Organisation
mondiale de la Santé

Soins de santé primaires en cas de crise

Interventions sanitaires
en cas de crise (HAC)

extrait du
rapport **annuel**

2008



Organisation
mondiale de la Santé

© Organisation mondiale de la Santé, 2009

Tous droits réservés. Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès des Editions de l'OMS, Organisation mondiale de la Santé, 20 avenue Appia, 1211 Genève 27 (Suisse) (téléphone : +41 22 791 3264 ; télécopie : +41 22 791 4857 ; adresse électronique : bookorders@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire des publications de l'OMS – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées aux Editions de l'OMS, à l'adresse ci dessus (télécopie : +41 22 791 4806 ; adresse électronique : permissions@who.int).

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Remerciements

Le rapport annuel 2008 de HAC a été réalisé sous la coordination générale de Giuseppe Annunziata (rédacteur en chef). La section intitulée « Les soins de santé primaires en cas de crise » a été établie par ses soins et a largement bénéficié des contributions et observations des personnes suivantes : Jonathan Abrahams, Samir Ben Yahmed, Olga Bornemitzka, Rayana Bouhaka, David Bradt, Francesco Checchi, Cristina Del Pueyo, Xavier de Radiguès, Cintia Diaz-Herrera, Richard Garfield, André Griekspoor, Omar Khatib, Daniel Lopez Acuña, Dudley McArdle, Abdelhay Mechbal, Roderico Ofrin, Heather Papowitz, Enrico Pavignani, Jonny Polonsky, Claudine Prudhon, Kumanan Rasanathan, Lynda Redwood Campbell, Chen Reis, Gerald Rockenschaub, Pierre Salignon, Luzitu Mbiyavanga Simao, Wim Van Lerberghe, Dana Van Alphen, Mark Van Ommeren, Nevio Zagaria, Ahmed Zouiten.

Le texte du rapport a été définitivement mis au point par Paula Soper, avec l'assistance de Camille Pillon et Connie Calvert.

Mise en page : Steven Ewart, Camille Pillon

Graphiques : Camille Pillon, Samuel Petragallo

Photographies : OMS/Marko Kovic (Couverture et page de titre) ; IRIN/Siegfried Modola (p. iv) ; OMS/Madeleine Decker (p. 2) ; Yu Yanyan (p. 4) ; OMS/Myanmar (p. 6 & 7) ; OMS/EURO (p. 11) ; OMS (p. 13) ; OMS/SEARO/Anubhar Das (p. 14) ; OMS/Michel Tomaszek (p. 15) ; OMS/Chris Black (p. 116).

Soins de santé primaires en cas de crise

Avant-propos	1
<hr/>	
Soins de santé primaires en cas de crise	3
Rénovation des soins de santé primaires : relever les défis d'un monde en mutation	4
Crises humanitaires : une menace continue	4
L'action de santé humanitaire – composante de la rénovation des soins de santé primaires : principes communs et synergies	5
<i>Première synergie : mettre les gens au cœur des soins</i>	6
<i>Deuxième synergie : adopter des politiques publiques de santé en cas de crise</i>	8
<i>Troisième synergie : utiliser l'action de santé humanitaire pour progresser vers la couverture universelle</i>	10
<i>Quatrième synergie : renforcer l'encadrement aux fins d'une gestion efficace des risques associés aux urgences</i>	13
Rénovation des soins de santé primaires et action humanitaire : vers une approche fondée sur les droits	15
Déclaration finale	17
Notes et références	18

**Soins
de santé
primaires
en cas
de crise**



Éthiopie

Avant-propos

L'action de l'OMS en situation d'urgence est souvent associée à la mise en place d'un pont aérien de matériel humanitaire et de médicaments destiné à aider les survivants de catastrophes très médiatisées, à l'envoi d'experts en urgences sanitaires pour sauver des vies et à la collaboration avec les ministères de la santé pour écarter les menaces de santé publique lors des crises humanitaires.

Si tout cela est vrai, cela ne représente que la partie la plus visible de nos activités. Tout au long de l'année, le personnel de l'OMS œuvre aussi en coulisse pour aider les pouvoirs publics à se préparer aux situations d'urgence et à mettre sur pied des services de soins de santé flexibles, pérennes et axés sur la communauté, susceptibles de desservir tous les segments de population avant, pendant et après les crises.

Une institution ne peut, à elle seule, relever l'ensemble des défis complexes que posent les crises humanitaires. Une action de santé humanitaire doit être planifiée et mise en œuvre en étroite collaboration avec les partenaires afin de coordonner les efforts, d'éviter les chevauchements et de combler les lacunes. En 2008, l'OMS, en tant que chef de file du module sectoriel pour la Santé, a concentré le gros de ses efforts sur l'adoption de l'approche de responsabilité sectorielle dans plusieurs nouveaux pays. Cela s'est traduit par l'amélioration de la coordination, de la prestation de soins et des efforts conjoints dans de nombreux contextes. L'OMS continuera de tendre vers les objectifs sectoriels – action coordonnée, responsabilisation renforcée et prévisibilité plus grande – en étendant cette approche à de nouveaux pays en 2009, en étroite collaboration avec les autorités nationales et les collectivités locales.

Une action de santé humanitaire doit être conduite à l'endroit où survient la crise. En 2008, l'Organisation a étoffé sa capacité de mener des opérations d'urgence en élargissant son réseau d'approvisionnement humanitaire et en affinant ses modes opératoires normalisés applicables aux situations d'urgence. Ses efforts ont porté leurs fruits : l'OMS a été l'un des rares organismes humanitaires internationaux présents au Myanmar et à Gaza pendant la phase aiguë de l'urgence.

L'OMS conforte et unifie également sa capacité logistique globale. Le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise œuvre de concert avec d'autres secteurs techniques pour regrouper les ressources opérationnelles et le savoir-faire en une plate-forme opérationnelle commune dans le but de permettre à l'Organisation de riposter aux divers types d'urgence – des flambées de maladies transmissibles aux catastrophes naturelles, des incidents chimiques aux crises complexes.

Les contributions versées à l'OMS au titre des missions d'urgence ont culminé en 2008, reflétant la confiance accrue des bailleurs de fonds dans l'Organisation. La mise en œuvre a, elle aussi, suivi le rythme des dons, montrant ainsi que l'OMS avait amélioré sa capacité d'utilisation des fonds d'urgence.

Les soins de santé primaires (SSP) sont le domaine où l'OMS exerce une gestion avisée depuis des décennies. Elle a continué de préconiser fortement l'approche des SSP et a consacré à ce thème majeur son *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*. Puisant son inspiration dans ce document, ce rapport* s'efforce de positionner les SSP dans un contexte humanitaire. Les personnes sont au cœur de l'approche des soins de santé primaires comme elles sont au centre de l'action de santé humanitaire. De Gaza à Goma, l'Organisation a aidé les dispensateurs de soins à affermir et unifier l'approche des soins de santé primaires dans le but de permettre à des millions de personnes, en particulier celles qui se trouvent en situation vulnérable, d'être en mesure de faire face et de rester en bonne santé en étant confrontées à des crises.



Eric Laroche
Sous-Directeur général
Interventions sanitaires en cas de crise

**Soins
de santé
primaires
en cas
de crise**



Burundi

Les soins de santé primaires en cas de crise

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* a lancé un appel en faveur de la rénovation des soins de santé primaires (SSP).

Le résumé du rapport annuel 2008 du Groupe Interventions sanitaires en cas de crise, qui est présenté ci après, préconise de rénover l'action de santé humanitaire en inscrivant les soins de santé primaires dans un contexte humanitaire.

L'expression « action de santé humanitaire » ne recouvre pas seulement les activités du Groupe Interventions sanitaires en cas de crise. Elle vise toutes les interventions menées par les partenaires de santé dans le domaine de la réduction des risques de catastrophes et dans celui de la préparation, de la riposte et de la remise en état face à une urgence sanitaire.

Le présent chapitre analyse brièvement l'incidence des crises humanitaires sur les quatre séries de réformes stratégiques proposées dans le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*, à savoir : couverture universelle, prestation de services, encadrement (« leadership ») et politiques publiques. Il étudie les possibilités de synergie entre une approche holistique des soins de santé primaires et l'action humanitaire et conclut en examinant la notion plus vaste d'approche par les droits de l'action sanitaire en cas d'urgence.

Rénovation des soins de santé primaires : relever les défis d'un monde en mutation

Le *Rapport sur la santé dans le monde, 2008* appelle à mobiliser toutes les forces sociales – professionnels de santé, pouvoirs publics, profanes, institutions et société civile – autour d'un programme tendant à transformer les systèmes de santé en s'inspirant des valeurs d'équité, de solidarité, de justice sociale et de participation induites par les soins de santé primaires (SSP).

Suite à la demande d'amélioration de la qualité et de l'équité des prestations du système de santé afin de relever les nouveaux défis d'un monde en mutation, demande formulée par les pouvoirs publics et la société civile, quatre domaines stratégiques ont été recensés, à savoir : i) des services centrés sur la personne ; ii) des politiques publiques visant à promouvoir et protéger la santé des communautés ; iii) une couverture universelle destinée à améliorer l'équité en santé ; et iv) un encadrement visant à crédibiliser les autorités sanitaires.

Tout le monde mise sur un meilleur fonctionnement des systèmes de santé. Les populations exigent d'avoir leur mot à dire dans ce qui touche leur vie et elles s'attendent à pouvoir accéder à des soins de santé de qualité, centrés sur l'être humain. Les valeurs d'équité en santé, d'inclusion sociale et de solidarité sont de plus en plus prisées, au même titre que la demande d'autorités sanitaires fiables et dignes de confiance. Le processus de modernisation des soins de santé primaires vise à répondre à ces attentes.

Dans ce contexte, les crises humanitaires représentent un défi majeur. Elles peuvent ébranler fortement les processus de réforme en cours et retarder la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Par ailleurs, une crise est l'occasion d'un changement dans lequel le processus de rénovation des SSP peut trouver un terrain fertile.

Crises humanitaires : une menace continue

Les populations sont exposées à une crise humanitaire lorsque les systèmes locaux et nationaux sont débordés et incapables de faire face aux besoins fondamentaux, ou lorsque les pouvoirs publics ne respectent plus les droits individuels fondamentaux, en

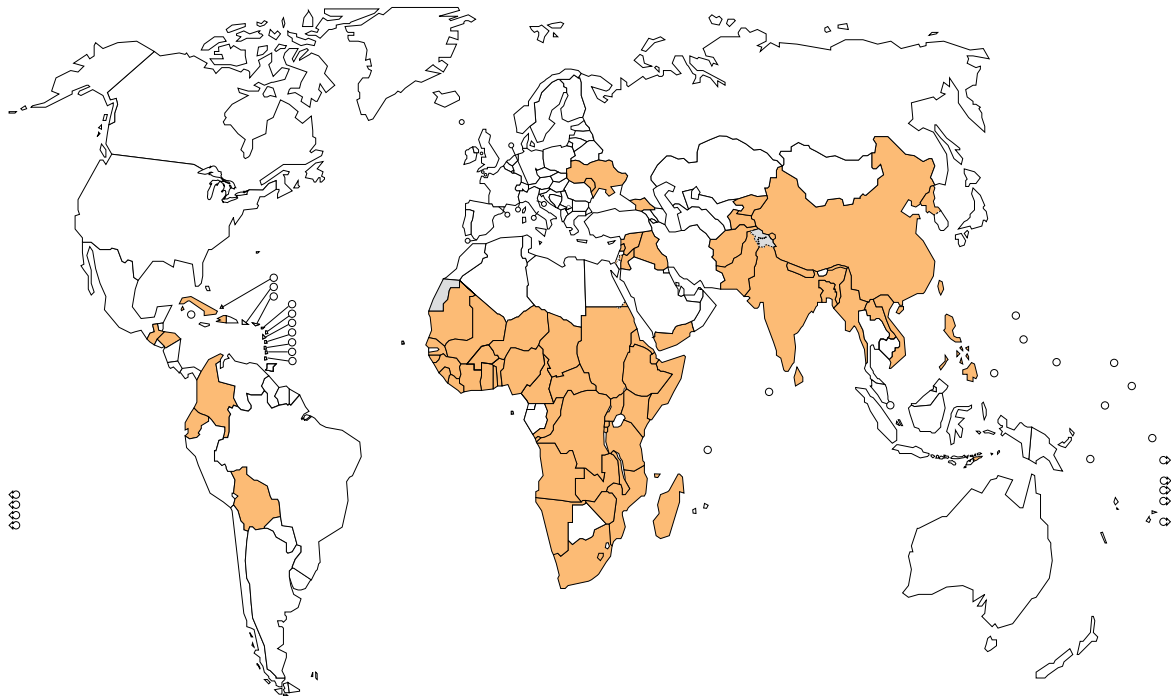
marginalisant délibérément des groupes de population ou des régions. Dans ces deux occurrences, la santé, la sûreté, la sécurité et le bien-être des populations sont en danger. Les crises humanitaires, qu'elles résultent de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme ou les deux,¹ peuvent être dues à un accroissement soudain de la demande ou découler de la faiblesse des systèmes et des institutions (par exemple l'effondrement de l'administration centrale et locale suite à une pénurie de personnel ou de moyens). L'incidence des crises humanitaires sur les systèmes de santé est souvent immense : une étude de l'OMS a montré que la plupart des pays (entre 73 % et 100 %) signalaient avoir été confrontés à une urgence de grande ampleur au cours des cinq dernières années.²

Pendant ces crises, la santé est en première ligne. La prestation de soins se frag-



Chine

Pays prioritaires pour le Groupe Interventions sanitaires en cas de crise de l'OMS



mente et se détériore, la mémoire et les connaissances s'érodent et les prérogatives se diluent. Le manque de fiabilité et de complétude des informations empêche la prise de décisions rationnelles, alors que l'évolution rapide de la situation accroît l'incertitude. Les coûts d'intervention explosent. Les préoccupations sécuritaires accentuent le stress et restreignent l'espace humanitaire censé épauler les populations en difficulté. La riposte sanitaire aux crises est souvent rendue complexe par des demandes concurrentielles concernant des priorités humanitaires immédiates et par la nécessité de maintenir les services de santé habituels en état de marche.

Si l'investissement dans le développement des services de santé dès le début de l'intervention humanitaire peut être profitable à long terme puisqu'il va amoindrir les souffrances et faciliter le processus de relèvement, la remise en état rapide des systèmes de santé suite à une crise peut être un instrument politique essentiel pour restaurer la légitimité de l'État, stabiliser les services publics et permettre à la société civile de s'attaquer aux inégalités sanitaires.

L'action de santé humanitaire – composante de la rénovation des soins de santé primaires : principes communs et synergies

Certains ont estimé que les SSP et l'action de santé humanitaire étaient deux stratégies distinctes pour dispenser des soins.³ Or les points de convergence sont nombreux puisqu'il s'agit, dans les deux cas, de sauver des vies, protéger la santé et s'attaquer à des risques environnementaux. Les principes d'humanité, d'impartialité, d'indépendance et de neutralité⁴ ont un lien conceptuel manifeste avec les principes d'équité, de participation, de pérennité et d'intersectoralité des SSP. Parmi les notions communes aux SSP et à l'action humanitaire en situation de crise figurent la répartition équitable des ressources en fonction des besoins, la participation multisectorielle à la gestion des risques sanitaires et l'approche communautaire étayée par les systèmes nationaux et infranationaux.



Les crises humanitaires sont fortement préjudiciables au développement et à la réalisation des OMD⁵ – le cadre mis en place par les Nations Unies pour mesurer les progrès accomplis dans des domaines comme la santé, la pauvreté, l'éducation, l'égalité et l'autonomisation, la pérennité environnementale et le partenariat. L'état d'avancement des travaux en la matière a été sérieusement retardé dans plus de 50 pays actuellement confrontés à une crise.⁶

Si, d'une part, les crises humanitaires risquent de perturber gravement le développement et le processus de rénovation des SSP, elles représentent, d'autre part, une occasion exceptionnelle de promouvoir le changement. L'action de santé humanitaire peut favoriser le développement durable en augmentant l'aptitude des communautés à surmonter l'adversité dans la phase de préparation, en protégeant la santé, les moyens de subsistance et les biens pendant la phase de riposte et en s'attelant aux causes de la crise dans la phase de remise en état. Les programmes de restructuration des SSP et de santé humanitaire peuvent agir en synergie. Une conception holistique de la santé englobant l'action de santé humanitaire dans le processus de modernisation des SSP pourrait contribuer à protéger la santé des êtres humains et leurs biens et à aider les communautés à se prendre en charge, même lorsque des besoins et des droits vitaux sont en grand péril.

Le Rapport sur la santé dans le monde, 2008 articule le processus de restructuration des SSP autour de quatre séries de réformes : réformes de la couverture universelle ; réformes de la prestation de services ; réformes de l'encadrement ; et réformes des politiques publiques. Cette structure reflète « la convergence entre les conditions permettant de relever efficacement les défis du monde d'aujourd'hui dans le domaine de la santé, des valeurs d'équité, de solidarité et de justice sociale qui animent le mouvement des SSP et les attentes croissantes de la population dans des sociétés en voie de modernisation ».

Les sections suivantes soulignent les synergies possibles entre les quatre domaines stratégiques du processus de rénovation des SSP et l'action de santé humanitaire.

PRESTATION DE SERVICES

Première synergie : mettre les gens au cœur des soins



Adopter une approche basée sur les soins de santé primaires consiste à mettre les personnes au cœur de l'action de santé humanitaire en favorisant la participation communautaire, en restaurant la capacité de choisir et en amenant les liens vitaux plus près de ceux qui en ont besoin.



Les crises humanitaires, quelles que soient leurs causes, sont des phénomènes complexes qui donnent lieu à toute une série de démarches individuelles et sociales aux degrés de corrélation divers. De même que chaque personne a une façon de s'adapter ou d'affronter une crise qui lui est propre, chaque communauté a sa méthode pour gérer les risques. Une action de santé humanitaire efficace doit adopter une approche holistique reposant sur une action globale et intégrée et sur la compréhension approfondie à la fois du contexte dans lequel surviennent les crises et des besoins que la population touchée considère comme prioritaires. Dès le départ, les interventions de secours immédiat pour la reconstruction et le développement doivent s'accompagner d'une action judicieusement conduite pour recenser et remettre en état les principales composantes des systèmes sociaux, économiques et sécuritaires. C'est à ce stade qu'un réseau de soins de santé primaires bien établi, ayant une solide connaissance de la culture locale, et notamment de ses stratégies d'adaptation aux situations de crises, peut considérablement renforcer la capacité de riposte.

La rénovation des SSP souligne l'importance d'engager et de faire participer systématiquement les communautés et les parties prenantes. Si les programmes de réduction des risques de catastrophes et de préparation aux urgences sanitaires se concentrent sur la participation collective, la riposte humanitaire nécessite des interventions immédiates, vitales, laissant apparemment peu de place aux processus participatifs. Or la nécessité d'une réponse immédiate n'est pas incompatible avec la notion de participation communautaire. L'intervention de la communauté dans l'évaluation des besoins immédiats et la définition des priorités est en fait un volet de plus en plus important dans les stratégies de riposte humanitaire.

C'est un mythe de croire que les populations touchées par les crises sont trop bouleversées et désemparées pour prendre part à leur propre survie. Au contraire, bon nombre d'entre elles trouvent en leur for intérieur un regain de vitalité pour s'attaquer à des besoins sanitaires urgents et préexistants.⁷ Au lendemain d'une urgence, la population locale est presque toujours la première à réagir face aux besoins immédiats et vitaux. En Indonésie, 91 % des services de secours qui sont intervenus dans les 48 heures qui ont suivi les ravages du tsunami dans l'océan Indien ont été fournis par des particuliers.⁸

Appréhender la capacité locale de traiter les nouvelles demandes de soins de santé en situation de crise et améliorer la capacité opérationnelle d'élargir le réseau des services de santé sont deux volets fondamentaux de l'action de santé humanitaire.

Des crises peuvent être l'occasion de promouvoir la participation communautaire et de renforcer la cohésion et l'équité sociales. La gageure des organismes d'aide consiste à adopter une approche véritablement participative, faisant intervenir différents segments de la collectivité. Si ces entités



Myanmar

Commercialisation de l'aide

Dans la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire qui sont touchés par une crise, le manque de ressources et la fragmentation des services de santé favorisent la commercialisation accrue des soins de santé, à savoir : i) l'offre de soins de santé rémunérés à l'acte et non réglementés, et ii) l'intervention non réglementée du secteur privé dans l'aide humanitaire.

Bien que l'on dispose assez peu d'informations sur la récupération des dépenses en situation d'urgence, il y a des arguments et des éléments factuels qui justifient les préoccupations en la matière. Les taux d'utilisation montrent que, dans des environnements sanitaires déjà déstabilisés et inéquitables, la participation financière des usagers aggrave l'inégalité d'accès au traitement et contribue à l'indigence des plus vulnérables.¹⁰ Selon un principe humanitaire de base, les organismes d'aide devraient fournir biens et services gracieusement aux bénéficiaires. Or, si tel est généralement le cas lors des interventions menées au bénéfice des réfugiés et de la distribution de denrées alimentaires, dans des contextes caractérisés par le déplacement interne de populations ou lorsque la crise touche une partie significative de la population résidente, la pratique a souvent consisté à facturer les services de soins de santé aux usagers.¹¹ Le besoin urgent de soins de santé secondaires s'est fait jour début 2004 avec les prémices de la crise du Darfour, au Soudan. Les hôpitaux de cette région n'étaient absolument pas préparés à accueillir l'énorme afflux de population à soigner en urgence. Vu la situation et l'accès limité aux soins secondaires lié à la persistance du système de recouvrement des coûts, l'OMS a impulsé, avec le concours d'autres partenaires, un programme hospitalier visant à instaurer un moratoire au bénéfice des personnes déplacées dans leur propre pays et des populations touchées par le conflit, et à améliorer la qualité des soins secondaires dispensés dans la région. Ce programme hospitalier reposait sur des incitations économiques proposées au personnel, la couverture des frais d'exploitation et la distribution de médicaments et de fournitures médicales aux 10 plus grands hôpitaux du Darfour. En outre, les principaux services hospitaliers ont été remis en état et plusieurs activités de formation ont été conduites. Grâce à une initiative de l'OMS concernant l'utilisation rationnelle des médicaments, la liste nationale des médicaments essentiels du Soudan a été distribuée à tous les hôpitaux du Darfour, un fournisseur central a été désigné et un système de contrôle de la qualité a été mis en place.

L'intérêt croissant du secteur privé pour le soutien aux opérations humanitaires menées dans le monde entier est un autre aspect de la commercialisation des soins de santé en cas de crise. Si la majeure partie de l'engagement du secteur privé dans les opérations humanitaires peut être considéré comme plutôt avantageux, il n'en demeure pas moins que ces activités, faute d'une réglementation en bonne et due forme, risquent de fragiliser la capacité locale et les politiques publiques. On ne sait pas non plus si les acteurs privés sont réceptifs aux principes d'humanité, d'impartialité, d'indépendance et de neutralité pour guider leur action. Face à ces préoccupations, le Forum économique mondial et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires ont défini un ensemble de principes devant éclairer la collaboration public-privé en faveur de l'action humanitaire. Ces principes doivent servir de guide au secteur privé et aux humanitaires en insistant sur la communication des principes humanitaires fondamentaux et sur l'intégration des enseignements tirés des expériences d'engagement antérieures du secteur privé.¹²

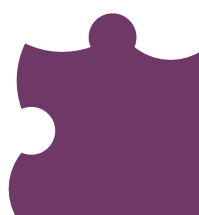
prétendent souvent ne pas avoir le temps de consulter qui que ce soit, il leur incombe néanmoins de dialoguer avec la population locale et de s'informer auprès d'elle.⁹

Conclusion :

Les personnes sont les premières à concevoir et à appliquer les stratégies d'adaptation au risque, et les premières à réagir en situation de crise. Si l'on veut être à même de surmonter les catastrophes, il faut impérativement adopter une approche centrée sur la communauté pour se préparer aux situations d'urgence et y faire face. Le respect de la culture et des mentalités des communautés touchées doit être au cœur de toute action de santé humanitaire et/ou réforme de la prestation de services.

POLITIQUES PUBLIQUES

Deuxième synergie : adopter des politiques publiques de santé en cas de crise



Les crises humanitaires sont des moments où se désagrègent les politiques publiques qui cimentent la société moderne.

En cas de crise, de nombreux facteurs nuisent à l'efficacité d'une politique. L'autorité de l'État est sous pression. Les initiatives à long terme sont découragées. L'information destinée à étayer le processus décisionnel fait défaut. Le nombre d'intervenants augmente et leur taux de renouvellement aussi. Le débat d'orientation

subit des influences politiques. Il est difficile de faire respecter les notions de transparence et d'obligation redditionnelle.¹³ Les moyens de surveiller les capitaux et les ressources et de coordonner l'aide internationale sont souvent médiocres au moment même où il faut impérativement optimiser les ressources disponibles. Les politiques publiques risquent d'être fragmentées par : i) la multiplication des programmes et des projets ; ii) la volonté de trouver des ressources disponibles à l'extérieur et l'offensive des chaînes de commandement parallèles ; iii) le manque de pérennité.

Lors des crises humanitaires, il n'y a pas assez de leviers à actionner ni d'opportunités politiques à saisir pour faire pression sur les pouvoirs publics et les obliger à satisfaire les aspirations sociales fondamentales. En conséquence, les pays en crise investissent moins dans la santé, d'où un cortège prévisible de conséquences préjudiciables.

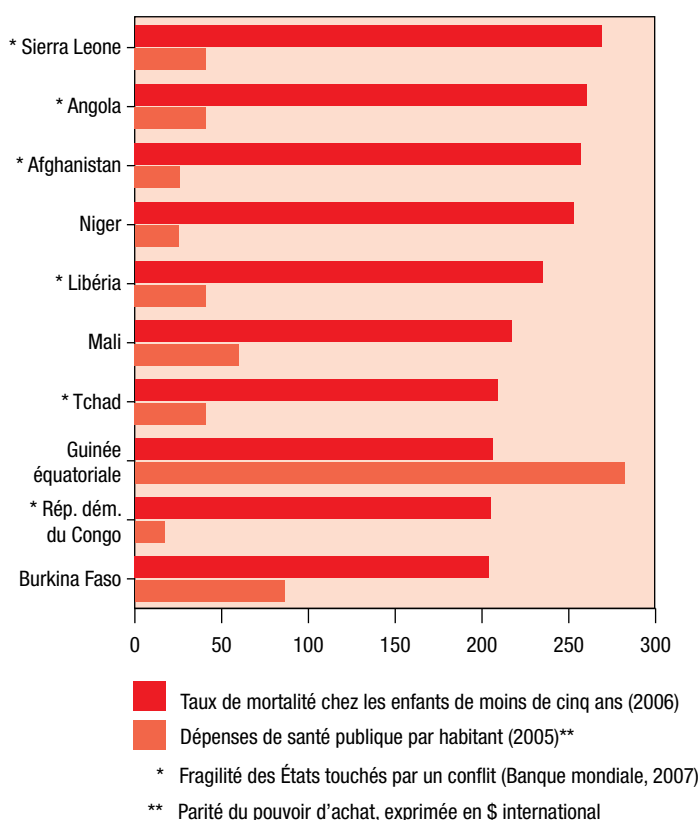
Au cours des 30 dernières années, on a constaté un infléchissement sensible dans les stratégies de gestion des situations d'urgence. Il devient de plus en plus manifeste que, si la riposte humanitaire est vitale, l'existence de programmes préparant solidement les communautés à la réduction des risques et aux situations d'urgence a une importance décisive pour atténuer les effets des crises et encourager un développement durable.

La préparation aux situations d'urgence consiste traditionnellement à constituer des stocks de fournitures de secours et à la mise à disposition des services de base. Dans la plupart des pays, l'engagement politique et les ressources sont encore presque exclusivement centrés sur ces éventualités à court terme. Or on s'accorde maintenant de plus en plus à reconnaître la nécessité de mettre en place des politiques publiques globales portant à la fois sur la réduction des risques, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours et ciblant les communautés les plus menacées.

La préparation est essentielle pour garantir le droit de vivre dans la dignité. Les États ont la responsabilité première de protéger leur population et de lui permettre de vivre dignement, mais la conception moderne de la préparation va bien au-delà des secteurs intervenant habituellement dans l'organisation des secours, comme les forces de protection civile, les organismes d'intervention en cas d'urgence et les organisations humanitaires. Les communautés doivent collaborer étroitement avec les autorités locales, les organismes publics et les composantes pertinentes du secteur privé pour conforter leur capacité de préparation aux situations d'urgence et leur aptitude à gérer les conséquences de risques divers et variés. Le défi consiste à mettre en place des capacités systématiques – législation, plans, mécanismes et modalités de coordination, moyens et budgets institutionnels, personnel compétent, information, sensibilisation du public et participation – susceptibles de réduire sensiblement les risques et pertes futurs.¹⁴

Une bonne politique de préparation aux situations d'urgence reconnaît à la fois des droits individuels et collectifs. Elle cartographie les risques, les communautés et la vulnérabilité dans la zone géographique

Les 10 pays où le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans est le plus élevé du monde et où les dépenses de santé publique sont les plus élevées par habitant



Source: Statistiques sanitaires mondiales 2008

donnée ; énonce des politiques sanitaire, environnementale et de développement pertinentes ; et corrobore, preuves à l'appui, les responsabilités existantes d'un point de vue législatif et institutionnel ainsi que la limitation des ressources. La conceptualisation de la gestion des urgences s'articule généralement autour d'une approche globale, tous risques, multisectorielle et intersectorielle,¹⁵ et de la participation communautaire. La préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques de catastrophes sont les responsabilités fondamentales incombant au ministère de la santé. Elles ne sont ni transitoires, ni à court terme, mais permanentes. Par conséquent, une structure correspondante (bureau, service ou département) doit être institutionnalisée au sein du ministère de la santé de chaque pays.¹⁶

Le cadre politique et technique de la gestion des situations d'urgence est fixé au niveau national, mais mis en œuvre au niveau local. Les communautés subissent de plein fouet les catastrophes et doivent être pleinement intégrées à la planification des risques auxquels elles sont exposées.

Conclusion :

La réduction des risques de catastrophes et la préparation aux urgences sanitaires sont le reflet de la réforme des politiques publiques énoncée dans le cadre de la rénovation des soins de santé primaires, à savoir : intégration des plans et programmes du secteur de la santé, approche multisectorielle, partenariats et coordination entre les communautés et les différents niveaux, et importance de l'engagement communautaire. De solides systèmes de soins de santé primaires permettent à la communauté de surmonter l'adversité et jettent les bases d'une préparation et d'une riposte efficaces en cas d'urgence. Les programmes de réduction des risques de catastrophes, de préparation aux urgences sanitaires, d'organisation des secours et de remise en état doivent s'inscrire dans des politiques durables, inclusives et multisectorielles qui ont un rôle décisif à jouer pour que les soins de santé primaires s'engagent efficacement dans la voie de la rénovation.

S'ATTELER À L'INIQUITÉ EN SANTÉ

Troisième synergie : utiliser l'action de santé humanitaire pour progresser vers la couverture universelle



Les personnes touchées par des crises humanitaires escomptent une riposte humanitaire équitable.

Or les crises peuvent amplifier les inégalités antérieures et/ou se traduire par de nouveaux problèmes d'injustice sociale.

Les catastrophes ne tuent pas de façon aléatoire. Il existe une forte corrélation entre catastrophes naturelles et pauvreté. Les personnes les plus touchées sont souvent les plus vulnérables, notamment les défavorisés, les femmes, les enfants et les personnes âgées.¹⁷ En outre, ce sont les pays les plus démunis qui sont à la merci des catastrophes naturelles.¹⁸ Plus de 90 % des décès consécutifs à une catastrophe naturelle surviennent dans des pays en développement, et les pays les moins avancés paient le plus lourd tribut en la matière.¹⁹ Si 11 % seulement des personnes exposées aux catastrophes naturelles vivent dans des pays où le développement humain est de moindre niveau, elles représentent plus de 53 % des décès qui en résultent.²⁰

« Les villes sont souvent très durement touchées par les catastrophes. La concentration croissante de la population mondiale dans les zones urbaines est telle que la vie de millions de civils est en danger chaque fois que se produit un tremblement de terre, un ouragan ou une catastrophe naturelle. Une catastrophe naturelle de grande ampleur peut avoir des conséquences dévastatrices pour le segment de population le plus pauvre et le plus vulnérable, notamment pour les personnes déplacées à l'intérieur de

leur propre pays et résidant dans des zones sujettes aux catastrophes en périphérie des mégapoles, où elles n'ont guère accès aux services de base. »²¹

Le déplacement à lui seul peut se traduire par des inégalités substantielles eu égard à l'état sanitaire des populations : lors des urgences humanitaires, par exemple, les taux de mortalité bruts ont tendance à grimper fortement chez les personnes déplacées dans leur propre pays. Paradoxalement, toutefois, ces personnes et les réfugiés ont parfois un meilleur accès aux services de santé que la population du pays d'accueil.²²

En situation de crise, la santé des femmes, des jeunes filles, des jeunes garçons et des hommes n'est pas affectée de la même façon. Les données disponibles laissent entendre qu'il existe un mode de différenciation par sexe en ce qui concerne l'exposition aux risques et leur perception, l'état de préparation, la riposte, l'impact physique et psychologique, ainsi que la capacité de récupération.²³

Il y a des inégalités frappantes dans la répartition de l'aide humanitaire : 63 % de l'ensemble des fonds recueillis au titre de la procédure d'appel global pour 2008 se sont concentrés dans cinq des 20 pays et plus qui ont lancé cet appel. Trois pays seulement ont reçu plus de 80 % du montant qu'ils avaient demandé pour le secteur de la santé.²⁴

L'origine de ces inégalités réside dans les conditions sociales qui échappent au contrôle direct du système de santé. Il convient de s'y atteler lors de l'intervention humanitaire moyennant un processus analytique bien documenté, débouchant sur une action intersectorielle et impliquant les différents échelons du gouvernement. Les stratégies d'intervention d'urgence ont, toutefois, souvent tendance à privilégier les aspects techniques avec à la clé des succès ponctuels spectaculaires. Bon nombre de décisions sont prises par des spécialistes techniques qui interviennent généralement de la même façon partout sans consulter les personnes les plus touchées par l'urgence, considérant que la rapidité est la préoccupation primordiale affichée. L'action humanitaire reste verticale ; les professionnels de santé agissent souvent avec les bénéficiaires de façon paternaliste, malgré quelques tentatives pour faire intervenir les communautés après la phase initiale de la crise.²⁵ Cette approche non consultative risque d'exacerber les inégalités existantes et d'occulter les besoins et les droits effectifs de la population concernée.

Pour parvenir à l'équité dans la gestion des crises humanitaires, il faut nécessairement y inclure la couverture universelle et l'accès à l'aide humanitaire.

En matière d'assistance humanitaire, la notion de couverture est tributaire de divers facteurs strictement liés au contexte de crise. Elle nécessite à la fois la disponibilité des services, l'élimination des obstacles relatifs à l'accès et une protection sociale. Le terme d'« espace humanitaire » a été défini comme « un espace de liberté dans lequel les acteurs humanitaires sont libres d'évaluer les besoins, libres de surveiller la distribution et l'utilisation des fournitures de secours, et libres de dialoguer avec la population » (Wagner 2005). Cette couverture humanitaire potentielle reflète la liberté générale de circulation et d'accès aux bénéficiaires, autorisée par des considérations sécuritaires et politiques. Dans l'idéal, la totalité de la zone/population touchée devrait être « couverte ».

La notion de « couverture humanitaire opérationnelle » recouvre la gamme des opérations autorisées eu égard aux ressources disponibles. Elle est influencée par des considérations d'ordre sécuritaire

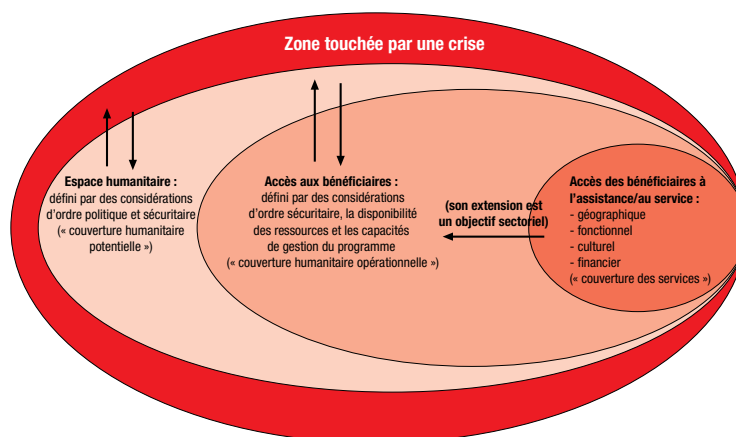


et, surtout, par la somme des capacités de gestion du programme et des efforts de coordination de tous les acteurs humanitaires.

La couverture de la population ciblée, ou la couverture du service (programme), est fonction du nombre de bénéficiaires, mais aussi de l'espace et du temps (par exemple proximité, rapidité, continuité). Les secours ne s'adressant qu'à une faible part de la population touchée, ou de façon sporadique, ou la contraignant à quitter la région, ne peuvent que partiellement remplir l'objectif qui consiste à sauver des vies et à amoindrir les souffrances. En général, les indicateurs de couverture et d'exécution du programme doivent être interprétés compte tenu de la situation générale. S'il importe de savoir quel pourcentage de la population vivant dans la zone desservie par le programme bénéficie effectivement du service dont elle a besoin, il importe tout autant d'appréhender l'ampleur du secteur de programme dans le cadre de la couverture opérationnelle et humanitaire générale.

La couverture du programme suppose un niveau minimum donné de prestation de service et l'accès effectif de la population à ce service. En d'autres termes, le fait d'installer un dispensaire dans un camp de réfugiés ne permet pas d'en conclure que ce camp est « couvert » ou que le taux de couverture est de 100 %. Par conséquent, la couverture du programme correspond à la proportion de personnes qui, ayant besoin d'un service et vivant dans la zone circonscrite par le programme, bénéficient bel et bien d'une prestation. Le service minimum est défini selon un ensemble de normes minimales de qualité et de ponctualité.

Représentation graphique de différents types de couverture en vigueur dans les zones touchées par une crise (Loretti 2005)



Conclusion :

L'action de santé humanitaire s'inspire de l'approche de la couverture universelle qu'ont les SSP en la considérant comme une mesure fondamentale, mais non exclusive, pour promouvoir l'équité en santé. Dans le contexte de l'action de santé humanitaire, l'universalité suppose que la couverture du service est étendue à toutes les régions touchées par la crise.

ENCADREMENT (LEADERSHIP)

Quatrième synergie : renforcer l'encadrement aux fins d'une gestion efficace des risques associés aux urgences



Le secteur public doit être encadré par une équipe dirigeante résolue à conduire les activités de réduction des risques de catastrophes, de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours. Cette fonction devrait être exercée dans le cadre d'une concertation avec de multiples protagonistes.²⁶

Les crises, en particulier celles qui se prolongent ou qui se répètent, lancent des défis aux dirigeants et affaiblissent les États. L'équipe aux commandes peut alors être perçue comme affaiblie ou illégitime et d'autres acteurs (internationaux) pourraient alors assumer, en parallèle, un rôle de chef de file qui risquerait de décrédibiliser davantage la gouvernance nationale.²⁷ Outre les organismes humanitaires traditionnels, les forces armées, les prestataires privés et autres acteurs non étatiques, dont les organisations non gouvernementales nationales et internationales et les organisations confessionnelles nationales, jouent un rôle de plus en plus important dans les conflits et les catastrophes de grande ampleur.²⁸ Des pouvoirs publics indécis sont souvent incapables de garantir la sécurité de base, n'arrivent pas à offrir des services ni des perspectives économiques minimums et sont souvent incapables de recueillir une légitimité suffisante pour préserver la confiance de leurs concitoyens.²⁹

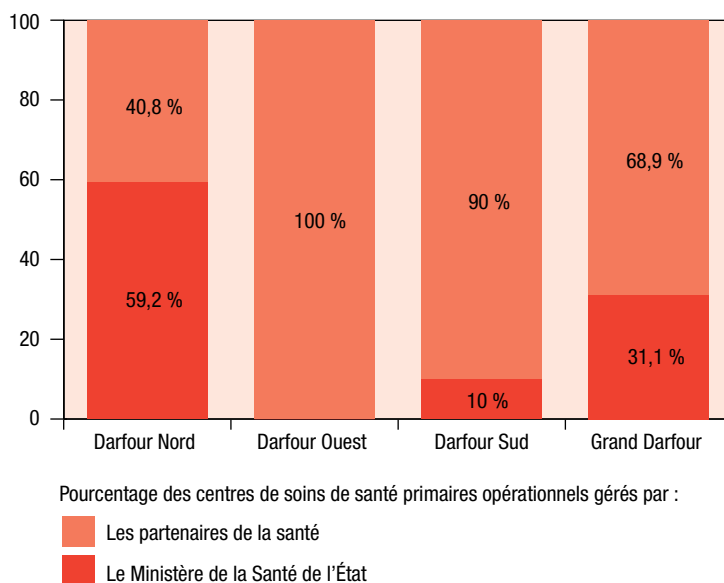
À l'inverse, les crises peuvent déboucher sur un régime centralisé et autoritaire limitant la participation, la négociation et la concertation. Qui plus est, l'exercice de l'autorité est souvent compartimenté, chaque volet de la vie économique et sociale étant traité séparément et de façon simplifiée, sans communication.³⁰

Au final, c'est aux États qu'incombe la réduction des risques de catastrophes, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours. Or c'est surtout au cours ou au sortir d'un conflit, au moment où l'État est très affaibli, voire inexistant dans certaines parties du pays, ou lui-même mû par un conflit politique que les organismes humanitaires internationaux peuvent être amenés à combler temporairement un vide de gouvernance. Dans ces cas-là, les acteurs humanitaires internationaux, notamment les organismes des Nations Unies, pourraient non seulement prendre la tête des opérations en répondant aux besoins prioritaires, mais aussi assumer un rôle dirigeant global, passant outre les collectivités locales et mettant en place une gouvernance humanitaire temporaire comme tel fût le cas, par exemple, au Kosovo et au Timor.

Début 2008, 59,2 % seulement des 76 centres de soins de santé primaires opérationnels, implantés au Darfour Nord, et 10 % des 50 implantés au sud étaient gérés par le Ministère de la Santé. Aucun centre au Darfour Ouest n'était sous tutelle du Ministère de la Santé.³¹

La gouvernance humanitaire a été définie comme l'utilisation du droit humanitaire international et des instruments relatifs aux droits de l'homme pour régir la conduite des organisations étatiques et

Prise en charge des soins de santé primaires au Darfour



non étatiques dans les zones de conflit de façon à protéger la vie et les moyens de subsistance des populations touchées.³² Elle s'applique souvent à des missions intégrées tendant à maximiser les ressources et les compétences que les Nations Unies mettent à disposition. Les interventions qui s'inscrivent dans ce cadre concernent le maintien de la paix, le respect des droits de l'homme, l'aide au développement et l'aide humanitaire ; elles corroborent l'idée que les questions de développement et de droits de l'homme sont inséparables de la paix et de la sécurité et de l'instauration d'une paix durable.³³

Lorsque l'encadrement national est affaibli ou fait défaut, la coordination des partenaires humanitaires qui se substituent aux fonctions de l'État est décisive. En juin 1992, l'Organisation des Nations Unies a créé le Comité permanent interorganisations (CPI) – espace unique consacré à la coordination, l'élaboration des politiques et la prise de décisions entre les partenaires humanitaires affiliés aux Nations Unies et les autres. En cas d'urgence complexe ou de détérioration d'une situation humanitaire existante, le Coordonnateur des secours d'urgence des Nations Unies, au nom du Secrétaire général et après consultation des membres du CPI, désigne un coordonnateur humanitaire pour le pays. Ce coordonnateur est notamment tenu de sensibiliser les intéressés à l'application des principes humanitaires et de surveiller la planification stratégique interorganisations concernant ledit pays. Le CPI mène ses activités moyennant la procédure d'appel global qui permet aux systèmes de secours nationaux, régionaux et internationaux de mobiliser conjointement leurs ressources au service d'urgences complexes ou de grande ampleur qui nécessitent une riposte à l'échelle du système. Cette procédure va bien au-delà de l'appel aux dons. Outre un outil de planification, de mise en œuvre et de suivi commun aux humanitaires, elle représente désormais le document d'orientation principal. Dans des situations où les politiques nationales de santé ont été interrompues par

la crise, la stratégie sanitaire découlant de la procédure d'appel fait en quelque sorte office de référence au regard de laquelle les différents prestataires de services peuvent harmoniser leurs interventions.

Les missions intégrées, le CPI, le système du coordonnateur humanitaire et les procédures d'appel global sont autant de modalités qui confortent ou restaurent la direction collégiale en réponse aux crises humanitaires. Dans la réalité, cependant, les liens entre la communauté humanitaire et les autorités nationales sont souvent distendus et les acteurs nationaux n'interviennent que de façon marginale.



Conclusion :

Pour mettre en œuvre des programmes tendant à rénover les soins de santé primaires, à réduire les risques de catastrophes, à préparer aux situations d'urgence et à organiser les secours, il faut impérativement promouvoir une direction collégiale confiant des responsabilités accrues à tous les groupes de la société grâce à une représentation équitable dans la prise de décisions, considérant que l'action communautaire ne peut être dissociée de la responsabilité incombant à l'État (ou à toute entité exerçant la conduite des affaires) et consistant à garantir l'égalité d'accès aux secours humanitaires pendant les crises ainsi que la participation équitable à l'élaboration des plans de réduction des risques de catastrophes et de préparation aux situations d'urgence.³⁴ Il faut une direction musclée mais collégiale et basée sur la négociation afin d'accroître le degré de fiabilité des autorités sanitaires et de remplace la confiance disproportionnée dans les instances chargées de commander et de surveiller, d'une part, et le désengagement de l'État, de l'autre.

Rénovation des soins de santé primaires et action humanitaire : vers une approche fondée sur les droits

Le présent rapport étudie la façon dont le renouveau des soins de santé primaires peut contribuer aux buts de l'action de santé humanitaire et améliorer ses mécanismes. Cette orientation de l'action de santé humanitaire vers une conception adoptée pour les soins de santé primaires s'harmonise avec un autre revirement majeur dans ce domaine – considérer l'action de santé humanitaire non seulement sous l'angle de la simple satisfaction des besoins, mais plutôt comme un moyen de promouvoir la justice sociale et d'atteindre l'objectif du droit à la santé.

Cette idée de l'action de santé humanitaire part du principe que la justice sociale a un profond impact sur la façon dont les gens vivent et meurent³⁵ et est corrélée à la protection, la promotion et la réalisation des droits de l'homme. La santé est un droit individuel fondamental, proclamé dans toute une série de documents des Nations Unies et de l'OMS, à commencer par la Déclaration universelle des droits de l'homme. Dans ce cadre, le précepte selon lequel les services, fournitures et établissements de santé doivent être offerts à tous sans discrimination est un principe fondamental de l'action de santé humanitaire et de la restructuration des SSP.³⁶ Le droit à la santé comprend aussi toute une série de facteurs comme le droit à une eau de boisson et à une nourriture saines, le droit à un niveau de vie correct, le droit d'accès à l'information et le droit à la participation, lesquels sont tous repris dans l'appel à l'action intersectorielle, lancé dans le cadre des soins de santé primaires pour tenir compte de facteurs qui vont au-delà du service de santé.



Les contextes dans lesquels doit s'inscrire une action de santé humanitaire sont particulièrement délicats pour toute la gamme des droits de l'homme. Lors des catastrophes naturelles, l'expérience a montré que, s'il peut y avoir des phénomènes de discrimination et de mépris des droits économiques, sociaux et culturels qui se manifestent déjà pendant la phase d'urgence, plus la situation s'éternise, plus le risque de violation des droits de l'homme augmente.³⁷ Au XXI^e siècle, les conflits armés se caractérisent par la violation des droits de l'homme et le non-respect du droit humanitaire international. La négation des droits de l'homme et le non-respect de la neutralité médicale pourraient être les principaux déterminants sociaux de la santé dans les pays en conflit.³⁸

Malgré ces difficultés, l'adoption d'une approche fondée sur les droits comme pierre angulaire de l'action humanitaire menée par de nombreuses organisations ces dernières années change du tout au tout la façon de travailler des acteurs humanitaires vis-à-vis des populations qu'ils desservent. Les « victimes » ou les « bénéficiaires » deviennent titulaires de droits et les organismes humanitaires deviennent leurs défenseurs. Cet infléchissement, s'il n'est pas universel dans le secteur humanitaire, peut être largement observé dans la formulation des politiques institutionnelles. Il est centré sur les personnes, participatif, universel et empreint de dignité.³⁹

Ces valeurs vont tout à fait dans le sens de celles des SSP. Les réformes des soins de santé primaires, qui s'efforcent de matérialiser ces valeurs dans la promotion et la protection de la santé, sont donc un outil de poids pour donner effet à une action de santé humanitaire fondée sur les droits. Se préoccuper des inégalités et accroître la justice sociale ; élargir la participation à la planification et à la prestation de services ; et prendre garde à ne pas nuire aux services existants en les fragmentant sont des axes de réflexion que l'action de santé humanitaire a parfois négligés dans le passé. Une approche reposant sur les droits, éclairée par les réformes des SSP, comme évoquées tout au long de ce rapport, peut aider à réparer ces oublis.



Déclaration finale

Le renforcement des activités de réduction des risques de catastrophes, de préparation aux urgences sanitaires, d'organisation des secours et de remise en état a une importance capitale pour assurer le succès et la pérennité de la rénovation des soins de santé primaires et veiller à ce que les acquis du développement sanitaire soient protégés des ravages et distorsions potentiels des crises. En même temps, le succès de l'action de santé humanitaire est aussi fortement tributaire de la mise en œuvre de l'approche des SSP pour étayer les capacités de la communauté, son aptitude à surmonter les difficultés et à proclamer le droit à la santé. Le secteur de la santé, épaulé par d'autres, peut veiller à ce que l'intégration de l'action de santé humanitaire dans le processus de restructuration des soins de santé primaires renforce mutuellement le soutien apporté à une approche

de la santé à la fois communautaire et basée sur les droits dans le plus grand intérêt des personnes et des communautés.



République démocratique
du Congo

Notes et références

- * La présente traduction du rapport ne couvre que la partie dédiée aux soins de santé primaires en cas de crise.
1. Il n'existe pas de classification simple des crises humanitaires. Divers organismes ont proposé une série de catégories : voir la Typologie des catastrophes établie par la Fédération internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant-Rouge et/ou le Manuel d'orientation sur les situations d'urgence complexes, établi par le Bureau de la coordination des affaires humanitaires.
 2. OMS (2008), *Global Assessment of National Health Sector Emergency Preparedness & Response* [Évaluation mondiale de l'état de préparation du secteur national de la santé aux situations d'urgence et à l'organisation des secours]. OMS, Genève.
 3. W. Van Damme, W. Van Lerberghe, M. Boelaert. *PHC vs. emergency health assistance: a conceptual framework*. *Health Policy and Planning*; 17(1): 49-60. Oxford University Press 2002.
 4. Humanité = l'importance capitale de sauver des vies humaines et de soulager les souffrances partout où elles se trouvent. Impartialité = la mise en œuvre d'actions uniquement en fonction des besoins, sans discrimination entre les populations touchées ou au sein de ces populations. Indépendance = l'autonomie des objectifs humanitaires découlant d'autres objectifs politiques, économiques ou militaires. Neutralité = l'action humanitaire ne doit pas prendre parti dans un conflit armé ni autre différend dans lequel elle intervient.
 5. *Déclaration du Millénaire, résolution A/RES/55/2 de l'Assemblée générale des Nations Unies*, 18 septembre 2000.
 6. Forum de haut niveau sur les OMD liés à la santé (2004). *Atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement en matière de santé dans les États fragiles*. OMS et Banque mondiale, Abuja, 2004.
 7. *Les catastrophes : mythes et réalités*. OMS/OPS.
 8. Institut Fritz, 2005.
 9. CPI, 2007.
 10. T. Poletti, E. Sondorp, O. Bornemisza and Austen Davis (2006). *Cost-sharing in Complex Emergencies: An Example of Inappropriate Policy Transfer*, Humanitarian Exchange No. 26.
 11. M. Thieren, A. Griekspoor. *Humanitarian Action and Primary Health Care*, première version non publiée 2007.
 12. Bureau de la coordination des affaires humanitaires, Forum économique mondial (2007). *Principes directeurs régissant la collaboration entre les secteurs public et privé dans le domaine humanitaire*. Genève, décembre 2007.
 13. OMS (2007). *Analysing disrupted health sector – Manual*. OMS, Genève.
 14. OMS (2007). *Réduction des risques et préparation aux situations d'urgence – stratégie sexennale de l'OMS pour le renforcement des capacités du secteur de la santé et des communautés locales*. OMS, Genève.
 15. OMS (1999). *Community Emergency Preparedness: A Manual for Managers and Policy-Makers*. OMS, Genève.
 16. OMS (2006). *Report of WHO Expert Consultation: Emergency Preparedness for the Health Sector and Communities*. OMS, Genève.
 17. *Les catastrophes : mythes et réalités*. OMS/OPS.
 18. C. de Ville, A. Griekspoor (2007). *Natural Disasters, the Best Friend of Poverty*. *Georgetown Journal on Poverty and Law and Policy*, 14(1): 61-94.
 19. Stratégie internationale de prévention des catastrophes (2004). *Vivre avec le risque : une étude mondiale des initiatives menées en matière de réduction des catastrophes*. ISDR, 2004.
 20. PNUD (2004). *La réduction des risques de catastrophes : un défi pour le développement*. Bureau pour la prévention des crises et du relèvement.
 21. ONU-HABITAT (2008). *L'état des villes du monde en 2006-7*.

22. K. Ranson, T. Poletti, O. Bornemisza and E. Sondorp (2007). *Promoting health equity in conflict-affected fragile states*. London School of Hygiene and Tropical Medicine, Londres.
23. CPI (2006). *Gender Handbook in Humanitarian Action*. CPI, Genève.
24. Bureau de la coordination des affaires humanitaires (2008). Service de surveillance financière des Nations Unies. Genève.
25. ALNAP (2004). *Participatory Impact Assessment – A Guide for Practitioners*. ALNAP, Londres.
26. OMS (2008). *Rapport sur la santé dans le monde, 2008*.
27. OMS (2008). *Health Policy and Systems Research in Conflict-Affected Fragile States. Alliance for Health Policy and System Research*. OMS, Genève.
28. Feinstein International Center (2006). *Humanitarian Agenda 2015: Principles, Power, and Perceptions, Preliminary Report*. Feinstein International Center, Medford.
29. D. W. Brinkerhoff – Novembre 2008.
30. OMS (1999). *Decentralize cooperation a new tool for conflict situations*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague.
31. OMS (2008). *Système de recensement des ressources sanitaires disponibles (HeRAMS) – OMS, Genève*.
32. S. Lautze, J. Leaning, A. Raven-Roberts, R. Kent and D. Mazurana (2004). *Assistance, protection, and governance networks in complex emergencies*. Lancet 2004; 364: 2134-41.
33. Perplexité et résistance demeurent vis-à-vis de l'intégration des opérations militaires et de l'action humanitaire. Il s'agit toujours de deux approches bien précises du conflit et des souffrances. Ce sont deux formes d'action clairement distinctes dont les objectifs et les priorités divergent souvent. Les réalités de l'action humanitaire montrent, toutefois, qu'un compromis est possible. En fait, les humanitaires ont souvent recours aux services des forces de maintien de la paix pour des questions de logistique, de communication et de sécurité. Il est probable que les préoccupations relatives à la structure d'une mission intégrée soient étayées par un certain nombre de considérations plus importantes comme le manque de clarté et de compréhension des missions respectives.
34. OMS (2008). *Comblent le fossé en une génération – rapport final, Commission des Déterminants sociaux de la Santé*. OMS, Genève.
35. Voir 58.
36. Le droit de posséder le meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre (désigné sous l'appellation de « droit à la santé ») a été révélé pour la première fois dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (1946) et réaffirmé dans la Déclaration d'Alma-Ata (1978) et dans la Déclaration sur la santé dans le monde, adoptée en 1998 par l'Assemblée mondiale de la Santé. Il a été fermement approuvé dans toute une gamme d'instruments internationaux et régionaux relatifs aux droits de l'homme.
37. CPI (2006). *La protection des personnes touchées par les catastrophes naturelles – Principes opérationnels du CPI sur les droits de l'homme et les catastrophes naturelles*. Genève.
38. OMS (2008). *Social determinants of health in countries in conflict – Publications régionales de l'OMS, Série Méditerranée orientale 32 – 2008*.
39. A. Carle, H. Chkam (2004). *Human Rights and Humanitarian Action – Document de travail de HPG*.

Le Groupe de l'OMS Interventions sanitaires en cas de crise (HAC) a pour mission de réduire le nombre de décès évitables, d'amoinrir la charge de morbidité et l'incapacité dans les pays sujets aux crises ou touchés par elles. HAC comprend trois Départements qui s'articulent autour des thèmes suivants :

- Préparation aux situations d'urgence et renforcement des capacités : appuyer les Etats Membres dans les domaines de la réduction des risques d'ordre sanitaire et de la préparation aux situations d'urgence ; conforter la capacité institutionnelle de l'OMS à se préparer aux situations d'urgence et à y faire face.
- Organisation des secours et opérations d'urgence : établir les éléments factuels, les plans, les orientations techniques ainsi que la plate-forme opérationnelle étayant l'action de l'OMS en situation d'urgence : planifier, impulser et mettre en œuvre des opérations en collaboration avec des partenaires de santé nationaux et internationaux.
- Relèvement et transition : concevoir des stratégies, méthodologies, outils et principes directeurs permettant de mener des actions de relèvement sanitaire au sortir d'un conflit ou d'une catastrophe et de promouvoir le secteur de la santé dans les pays en transition.



Organisation
mondiale de la Santé

**Interventions sanitaires
en cas de crise**