



EUROPE

**Comité régional de l'Europe  
Cinquante-sixième session**

**Copenhague, 11-14 septembre 2006**

Point 7 d) de l'ordre du jour provisoire

EUR/RC56/9 Rev.1  
2 octobre 2006  
61675  
ORIGINAL : ANGLAIS

**Renforcer la sécurité sanitaire : les problèmes qui se posent  
dans la Région européenne de l'OMS  
et l'action menée par le secteur sanitaire**

Que se passe-t-il quand un pays doit réagir rapidement à une menace sanitaire soudaine ? Quels sont les principaux enseignements que les responsables politiques ont tirés de l'expérience ?

L'objet du présent document est d'examiner les menaces actuelles et futures potentielles pour la santé humaine susceptibles de mettre en jeu la sécurité, de faire le point sur les enseignements tirés, de proposer des moyens de renforcer la sécurité sanitaire de la Région européenne de l'OMS et, plus particulièrement :

- de proposer un cadre stratégique d'action pour améliorer la santé et la sécurité au niveau paneuropéen ;
- d'élaborer et d'adopter un plan en faveur de la santé et de la sécurité, grâce à une analyse des capacités des systèmes de santé et à une méthode de renforcement des systèmes de santé ;
- de promouvoir une action efficace et globale des systèmes de santé, en aidant les États membres à renforcer les mesures de préparation aux menaces sanitaires qui mettent en jeu la sécurité.

Ce document est présenté pour que les représentants des États membres puissent l'examiner et en discuter au cours de la cinquante-sixième session du Comité régional. Ce dernier souhaitera peut-être adopter une décision demandant au directeur régional de poursuivre des activités allant dans ce sens au cours des prochaines années.



## Sommaire

	<i>page</i>
Introduction .....	1
Santé et sécurité.....	1
Problèmes .....	3
Stratégies d'action potentielles du secteur sanitaire .....	4
L'application du cadre légal.....	4
Renforcement des systèmes de santé .....	4
Information et communication.....	6
Enseignements tirés (études de cas) .....	7
Kosovo (Serbie) : étude de cas sur une contamination par le plomb (2006).....	7
Conséquences sanitaires de la canicule – étude de cas (2003).....	10
Inondations : l'étude de cas sur la Bulgarie (2005).....	11
Turquie : le tremblement de terre de Marmara (1999).....	12
Flambées de grippe aviaire et humaine A/H5N1 dans la Région européenne (2006).....	14
Études de cas – conclusions .....	16
Le rôle de l'OMS.....	16
Renforcement de la préparation institutionnelle de l'OMS .....	17
L'avenir.....	17
Références .....	19
Bibliographie.....	20
Annexe. Définitions .....	23

Ce document repose sur les résolutions et documents suivants de l'Assemblée mondiale de la santé et du Comité régional :

## **2006**

A59/4 et A59/5 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action, y compris l'application du Règlement sanitaire international (2005)

A59/20 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours

## **2005**

WHA58.1 Interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe, l'accent portant plus spécialement sur le séisme et le tsunami du 26 décembre 2004

WHA58.3 Révision du Règlement sanitaire international

WHA58.4 Résolution portant ouverture de crédits pour l'exercice 2006-2007

WHA58.5 Pandémie de grippe : renforcer la préparation et l'action

EUR/RC55/R8 Le renforcement des systèmes de santé européens dans le prolongement de la Stratégie de pays du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe « Adapter les services aux nouveaux besoins »

## **2004**

EUR/RC54/R3 Environnement et santé

## **2003**

WHA56.29 Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)

## **2002**

WHA55.16 Présence naturelle, dissémination accidentelle ou usage délibéré de matériel chimique, biologique ou radionucléaire affectant la santé : l'action de santé publique internationale

## **2001**

WHA54.14 Sécurité sanitaire mondiale : alerte et action en cas d'épidémie

## **2000**

EUR/RC50/Inf.Doc./4 Plans d'intervention d'urgence dans la Région européenne – Rapport d'étape

## Introduction

1. Au cours des dernières décennies, la Région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été touchée par de nombreux événements qui ont mis en danger la santé et la sécurité. Certains d'entre eux ont créé des crises et des urgences de santé publique à caractère international, tandis que d'autres ont été plus localisés. De nouveaux risques de santé publique tels que la grippe aviaire ont suscité des préoccupations au niveau international, et la santé est de plus en plus envisagée dans l'optique de ses conséquences potentielles sur la sécurité nationale et des individus, ainsi que des systèmes de santé nationaux.

2. Plusieurs crises graves ont sévi dans la Région. De 1990 à 2006, 1 469 événements (catastrophes et crises) ont causé 95 700 décès et ont frappé plus de 42 millions d'êtres humains. Les épisodes de températures extrêmes et les tremblements de terre ont eu les taux de mortalité les plus élevés, tandis que les inondations, bien qu'elles constituent les événements les plus fréquents, se sont caractérisées par une mortalité plus basse, (voir tableaux 1 et 2).

Tableau 1. Région européenne de l'OMS.  
Importants événements (catastrophes et crises) au cours de la période 1990-2006

Type d'événement	Nombre d'événements	Décès	Nombre de personnes touchées
Inondation	319	3 702	10 774 701
Tempête	160	1 375	> 8 000 000
Tremblement de terre	98	21 828	4 486 715
Sécheresse	31		1 594 675
Températures extrêmes	105	50 082	1 376 200
Épidémie ou flambée de maladie	51	621	213 149
Accident	593	15 976	108 182
Glissement de terrain	48	1 891	70 513

(Source : EMDAT : The OFDA/CRED International Disaster Database, [www.em-dat.net](http://www.em-dat.net))

## Santé et sécurité

3. Il n'existe pas de définition largement acceptée de la notion de « sécurité sanitaire ». Il est proposé que l'analyse porte sur les questions sanitaires qui ont des incidences potentielles sur la sécurité, c'est-à-dire d'une manière générale les urgences sanitaires qui ont un caractère aigu, des conséquences graves sur la santé publique et des incidences transfrontalières potentielles.

4. Par « crise », on entend une situation instable de danger ou de difficulté extrême qui se produit lorsque les systèmes sanitaires locaux dont les individus dépendent sont débordés et ne peuvent répondre aux besoins ou à une demande accrue.

5. Le rôle et les effets de la santé sur la sécurité – ou la stabilité – font l'objet d'un nouveau consensus international selon lequel nous avons une responsabilité partagée pour la sécurité collective et nous devons relever le défi de la prévention : « Tout événement ou phénomène meurtrier ou qui compromet la survie et sape les fondements de l'État en tant qu'élément de base du système international constitue une menace contre la sécurité internationale », comme l'a souligné le Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement constitué par le Secrétaire général des Nations Unies (1).

Tableau 2. Principaux événements dans la Région européenne de l'OMS, par pays, 1990-2006

	Tempête	Inondation	Températures extrêmes	Incendies de forêt	Épidémie	Glissement de terrain	Tremblement de terre	Accident	Total
Albanie	2	7	1	0	2	0	1	2	15
Allemagne	12	10	4	0	2	0	2	24	54
Andorre									
Arménie	0	3	0	0	0	0	1	5	9
Autriche	7	5	1	0	0	2	1	6	22
Azerbaïdjan	0	5	0	0	0	1	3	10	19
Bélarus	1	3	1	0	2	0	0	2	9
Belgique	3	10	3	0	0	0	1	10	27
Bosnie-Herzégovine	2	4	0	1	1	1	0	2	11
Bulgarie	4	7	4	2	0	0	1	2	20
Chypre	2	0	2	1	1	0	1	2	9
Croatie	1	3	2	3	0	0	1	3	13
Danemark	4	0	0	0	0	0	0	3	7
Espagne	7	6	5	8	2	1	1	36	66
Estonie	1	0	1	0	0	0	0	2	4
ERY de Macédoine									
Fédération de Russie	18	41	16	19	10	11	15	136	266
Finlande	0	1	0	0	0	0	0	2	3
France	16	28	7	3	2	3	0	38	97
Géorgie	1	5	0	0	0	0	3	9	18
Grèce	2	14	2	4	0	0	12	16	50
Hongrie	3	10	2	0	0	0	0	8	23
Irlande	5	2	0	0	2	0	0	2	11
Islande	0	0	0	0	0	2	2	0	4
Israël	2	2	2	1	1	0	0	7	15
Italie	3	18	3	4	2	1	7	29	67
Kazakhstan	1	4	2	1	3	1	1	7	20
Kirghizistan	0	2	1	0	1	7	3	7	21
Lettonie	1	0	3	0	1	0	0	0	5
Lituanie	1	1	2	0	0	0	0	1	5
Luxembourg	0	0	0	0	0	0	0	1	1
Malte	0	0	0	0	0	0	0	4	4
Monaco									
Norvège	3	3	0	0	0	0	0	9	15
Ouzbékistan	0	1	0	0	1	2	1	3	8
Pays-Bas	4	3	3	0	1	0	1	14	26
Pologne	4	5	7	1	0	0	0	9	26
Portugal	1	6	1	5	0	0	0	6	19
République de Moldova	2	5	1	0	1	0	0	0	9
République tchèque	2	3	1	0	0	0	0	2	8
Roumanie	8	25	10	0	3	1	3	12	62
Royaume-Uni	14	15	5	0	1	0	1	26	62
Saint-Marin									
Serbie-et-Monténégro	1	8	2	1	2	0	2	11	27
Slovaquie	1	5	1	1	0	0	0	2	10
Slovénie	0	0	0	0	0	0	2	1	3
Suède	2	0	1	0	2	0	0	3	8
Suisse	6	4	2	0	1	2	0	9	24
Tadjikistan	2	17	0	0	4	9	4	5	41
Turquie	7	20	5	3	0	4	27	80	146
Turkménistan	0	1	0	0	0	0	1	1	3
Ukraine	4	7	2	0	3	0	0	24	40
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>319</b>	<b>105</b>	<b>58</b>	<b>51</b>	<b>48</b>	<b>98</b>	<b>593</b>	<b>1 432</b>

(Source : EMDAT : The OFDA/CRED International Disaster Database, www.em-dat.net)

6. L'Union européenne (UE) est en train de préciser son rôle en matière de sécurité, en mettant l'accent sur la gestion des crises. Une large discussion est actuellement en cours en vue de définir les dimensions des menaces contre la sécurité de l'UE, et l'autorité des institutions européennes en matière de coordination et de réaction. Cela a été interprété comme une tentative de faire face aux futurs problèmes de sécurité en passant d'une « Communauté européenne de sécurité à une Communauté européenne sûre » (2).

7. Récemment, certains des 52 États membres de la Région européenne de l'OMS ont du faire face à des changements politiques et socioéconomiques spectaculaires, ce qui a eu pour effet que les systèmes de santé et les populations de nombreux pays se sont trouvés dans des environnements peu sûrs et n'ont disposé que de ressources et de capacités insuffisantes pour faire face à de nouveaux problèmes.

8. Plusieurs études récentes ont montré la mesure dans laquelle la propagation de maladies, telles que le syndrome respiratoire aigu sévère, l'encéphalopathie spongiforme bovine et la grippe aviaire, et les effets sanitaires d'autres crises et situations d'urgence peuvent influencer sur la sécurité aux niveaux national et international.

9. La possibilité d'attentats terroristes à caractère biologique, chimique et radionucléaire, de conflits et de catastrophes naturelles, de nature à provoquer des déplacements de populations et des problèmes de santé de grande ampleur, peut contribuer à l'instabilité, qui est susceptible d'avoir des conséquences transfrontalières.

## Problèmes

10. En raison de l'augmentation des inégalités sociales, de la détérioration et de l'effondrement partiel des systèmes de santé dans certaines zones de la Région européenne, du lien de plus en plus étroit entre des maladies transmissibles et de la réapparition de certaines d'entre elles qui avaient presque entièrement été éliminées, de l'augmentation de plus en plus nette de la fréquence d'événements météorologiques extrêmes, d'autres catastrophes naturelles et résultant des activités humaines, et de conflits armés qui débouchent sur des situations d'urgence complexes, et du niveau sans précédent de la violence sociale, la Région européenne est encore plus vulnérable aujourd'hui.

11. Il est prévu que les événements météorologiques extrêmes deviennent plus fréquents et plus graves. Les inondations sont les catastrophes naturelles les plus courantes dans la Région européenne. Les vagues de chaleur ont eu des effets sanitaires graves, et une augmentation de la pénurie d'eau dans la Région européenne nécessitera une modification de l'utilisation de l'eau dans tous les secteurs, ce qui rendra nécessaire l'utilisation de diverses méthodes d'évaluation des risques en matière d'environnement et de santé, et d'outils économiques. Ces menaces indiquent toutes la nécessité de mettre en place des mécanismes et des systèmes efficaces d'alerte avancée et d'action précoce, intégrés dans des stratégies globales de préparation.

12. De nouveaux scénarios mondiaux menaçants, tels qu'une pandémie de grippe potentielle ou l'utilisation délibérée d'agents biologiques, chimiques ou radionucléaires, des conflits, des changements mondiaux de l'environnement et le commerce de substances dangereuses créent de nouveaux problèmes pour les systèmes nationaux de santé et les gouvernements. La réelle possibilité d'une pandémie mondiale de grippe, qui serait de nature à engendrer une grave crise en matière de santé et de sécurité, a certainement provoqué une prise de conscience des dangers : si 25 à 30 % de la population était infectée en même temps, une pandémie pourrait avoir des conséquences socioéconomiques qui dépasseraient largement le secteur sanitaire.

13. Des modifications mondiales de l'environnement, telles que la disparition de ressources fournies par les écosystèmes et les changements climatiques, pourraient également contribuer à des modifications des caractéristiques des maladies, ce qui provoquerait des migrations et entraînerait des pertes économiques pour les populations vulnérables.

14. En outre, l'histoire de la Région européenne montre que celle-ci n'est pas à l'abri des risques de conflits entre États, de conflits internes et de guerres civiles. À la lumière de la vaste expérience acquise dans la Région et des enseignements tirés des mesures prises pour faire face aux problèmes sanitaires découlant des situations d'urgence complexes qui se sont produites dans les Balkans, il est clair que les systèmes nationaux de santé doivent être bien préparés à réagir efficacement aux problèmes de sécurité sanitaire qui résultent des crises liées à des actes de violence. Cela met également en évidence l'importance d'une préparation institutionnelle de l'OMS qui la mette en mesure d'aider efficacement les États membres et de soutenir leur système de santé et leurs services essentiels.

15. Ces évolutions et bouleversements en cours amènent à se demander si les systèmes de santé de la Région européenne sont suffisamment préparés et équipés pour faire face aux nouveaux défis.

## Stratégies d'action potentielles du secteur sanitaire

### L'application du cadre légal

16. Le premier instrument juridiquement contraignant de l'OMS, le Règlement sanitaire international (RSI) a été révisé et cette révision a été approuvée par tous les États membres en mai 2005. La version révisée constitue un cadre légal rénové qui permet aux États membres et à l'OMS de s'attaquer collectivement aux urgences de santé publique présentant des aspects internationaux, quelle que soit leur nature (agents infectieux, chimiques, nucléaires, etc.) ou leur origine (naturelle, accidentelle ou délibérée). Le RSI de 2005 entrera en vigueur le 15 juin 2007. Cependant, à sa Cent dix-septième session, le Conseil exécutif de l'OMS a adopté la résolution EB117.R7, qui recommande à la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé de demander une application volontaire anticipée du RSI de 2005. La résolution adoptée par la Cinquante-neuvième Assemblée mondiale de la santé a demandé aux États membres de se conformer immédiatement, à titre volontaire, aux dispositions du RSI de 2005 dont il est estimé qu'elles s'appliquent aux risques posés par la grippe aviaire et une pandémie de grippe, et a prié le directeur général de collaborer avec les États membres pour s'acquitter de cette tâche.

17. La résolution WHA58.1 de l'Assemblée mondiale de la santé sur les interventions sanitaires en cas de crise et de catastrophe a renforcé le mandat de l'OMS dans deux domaines : l'assistance aux États membres aux fins de la préparation des systèmes de santé nationaux pour qu'ils puissent faire face efficacement aux aspects sanitaires des crises, et l'amélioration de la préparation institutionnelle de l'Organisation elle-même.

### Renforcement des systèmes de santé

18. Eu égard aux risques sanitaires et de sécurité, il faut adopter des stratégies complexes de prévention et de préparation pour les systèmes de santé. La préparation concerne les activités et les mesures mises en œuvre préalablement pour assurer une action efficace face aux dangers, y compris la diffusion d'alertes précoces efficaces en temps voulu et l'évacuation temporaire des personnes et des biens dans les lieux menacés.

19. Les systèmes de santé de l'ensemble de l'Europe doivent répondre à des attentes élevées, et faire face à des crises sanitaires multiples, bien que leurs ressources soient limitées. Une bonne gouvernance et une gestion judicieuse des systèmes de santé sont des conditions préalables particulièrement importantes pour pouvoir mener des interventions opérationnelles efficaces en cas de crise ; elles exigent des systèmes d'information sanitaire fonctionnant bien et conçus pour faciliter la prise de décisions opérationnelles et stratégiques, ainsi que la responsabilité.

20. Les mécanismes de coordination du secteur sanitaire, les structures de commandement et de conduite des opérations, les procédures d'intensification de l'action sanitaire en situation de crise, y compris l'obtention de ressources et de personnel supplémentaires, et des protocoles de traitement prédéfinis essentiels, parmi un grand nombre d'autres outils de gestion des situations d'urgence, doivent

être mis en place longtemps d'avance. Des réseaux éprouvés et fonctionnant bien d'installations privées et publiques, avec le concours des forces de défense et de sécurité, la participation d'organisations non gouvernementales et de volontaires, et une bonne stratégie de communication sont des éléments essentiels qui doivent être en place pour que les services de santé soient en mesure de sauver des vies en temps de crise, lorsqu'ils sont le plus nécessaires. Il est essentiel de diffuser largement des pratiques optimales et des méthodes fondées sur des informations factuelles en matière d'élaboration de plans d'urgence concernant les soins hospitaliers et primaires portant sur la prise en charge d'un grand nombre de victimes, le triage et les interventions de santé d'urgence.

21. Les hôpitaux et les services de soins primaires jouent un rôle essentiel dans les crises et les catastrophes, de même que des installations fournissant des services essentiels (distribution d'eau, approvisionnement en énergie, etc.). La situation sanitaire dépend beaucoup d'autres secteurs essentiels, dont la sécurité, l'infrastructure de base (telle que les systèmes d'approvisionnement en énergie et de transports), l'éducation, la gouvernance et la stabilité économique. Le système de santé est particulièrement sensible à la sécurité, car les patients doivent avoir accès aux soins et il faut que les établissements de santé fonctionnent convenablement. Il se peut que des patients ne puissent recevoir des soins essentiels pour des raisons de sécurité. L'efficacité des systèmes de santé est également étroitement liée au fonctionnement d'autres secteurs : infrastructure de base, remise en état de celle-ci, et systèmes financier, judiciaire et éducatif viables et bien établis.

22. Il faut considérer les mesures d'atténuation comme des éléments essentiels des programmes de sécurité sanitaire et des stratégies de réduction des effets des catastrophes, et souligner qu'elles constituent des éléments cruciaux de la fonction de direction du ministère de la Santé. Il est indispensable de réduire la vulnérabilité fonctionnelle et structurelle des établissements de santé et des installations d'approvisionnement essentielles pour assurer la continuité de la vie économique. Il faut construire et planifier les hôpitaux et les établissements de santé d'une façon qui leur permette de rester fonctionnels en situation de crise. Du reste, la construction d'hôpitaux selon des méthodes qui les mettent à l'abri des catastrophes est l'une des recommandations essentielles du Cadre d'action d'Hyogo (3), adopté lors de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes qui s'est tenue à Kobe (Japon) en janvier 2005. La survie et le rétablissement d'une communauté après un événement grave dépend dans une large mesure de l'aptitude des établissements de santé à fonctionner sans interruption et à répondre à une demande de soins de santé supplémentaire pendant une crise et après une catastrophe.

23. La formation structurée à la gestion des urgences sanitaires des professionnels de santé devrait faire partie intégrante des programmes de formation des professionnels de santé, dans le cadre des plans nationaux d'intervention d'urgence sanitaire. Ces derniers devraient comprendre des stratégies pour le renforcement coordonné des capacités et la définition des tâches à tous les niveaux institutionnels du système de santé, ainsi que des procédures administratives et opérationnelles.

24. Les stratégies modernes en matière de préparation ont tendance à favoriser une démarche axée sur plusieurs dangers, dont tous les types de catastrophes naturelles et d'origine humaine, les épidémies, la défaillance des systèmes et les attaques délibérées au moyen de substances biologiques, chimiques, radiologiques ou nucléaires. Les ministères de la Santé doivent veiller à ce que des mesures essentielles de santé publique soient intégrées dans les activités de coordination intersectorielle. Les programmes institutionnalisés de réduction des effets des catastrophes et d'atténuation des risques sanitaires doivent encadrer l'ensemble du secteur sanitaire et être bien intégrés dans des mécanismes de coordination multisectoriels et transversaux auxquels participent des organismes gouvernementaux et non gouvernementaux, ainsi que d'autres parties prenantes.

25. En temps de crise, de grandes quantités de fournitures médicales, y compris des vaccins et des médicaments essentiels, sont souvent données dans le cadre d'une aide humanitaire. Assurément, ils sauvent de nombreuses vies et soulagent des souffrances, mais certains dons peuvent malheureusement aggraver les problèmes des pays qui les reçoivent. Les *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments* (4) et les *Principes directeurs pour l'élimination sans risque des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgence* (5), élaborés par l'OMS en collaboration avec d'autres partenaires, doivent être diffusés largement et activement recommandés aux donateurs, à leurs

organismes d'exécution et aux pays bénéficiaires potentiels dans le cadre d'une action de préparation aux situations d'urgence *avant* la survenance d'une crise potentielle. La mise en place de systèmes de surveillance logistique et de suivi des approvisionnements, et de mécanismes de réception d'aide humanitaire, y compris des procédures d'enregistrement rapide concernant les vaccins contre les pandémies, peuvent contribuer à empêcher que les systèmes locaux ne puissent faire face à l'arrivée de fournitures envoyées dans le cadre d'opérations de secours.

26. Chaque système de santé national est organisé et géré d'une façon qui lui est propre. En conséquence, le débat ne se limite pas à la simple conceptualisation du cadre des systèmes de santé mais porte sur les actions critiques qu'un pays peut engager pour atteindre les objectifs de son système de santé et, en particulier, réagir de façon efficace à diverses crises sanitaires.

27. La remise en état des systèmes de santé publique et de soins de santé est un important élément des activités de reconstruction nationales après des conflits majeurs. Les quelques travaux de recherche qui ont porté sur un ensemble complet d'études de cas, comparant les résultats quantitatifs et qualitatifs, et ont décrit des pratiques optimales, ont mis en évidence deux facteurs qui accroissent la probabilité de résultats positifs sur le plan de la situation sanitaire : la planification et la coordination, et l'infrastructure et les ressources. La santé peut, d'une manière indépendante, avoir des effets sur les objectifs plus larges en matière politique, économique et de sécurité au cours du processus de reconstruction nationale dans les États fragiles au lendemain d'un conflit.

28. L'action menée pour faire face aux problèmes sanitaires dans la Région européenne est traditionnellement organisée de façon principale autour d'une assistance technique verticale fournie aux pays, grâce à l'assistance d'experts capables de remédier aux difficultés sanitaires résultant d'une crise. Cependant, cette façon de procéder présente de graves déficiences systémiques, car elle est très coûteuse et comporte un risque intrinsèque de création de structures parallèles et de répétition inutile d'activités.

29. Pour que les succès techniques organisés de façon verticale entraînent des améliorations durables de la sécurité sanitaire, il faut intégrer progressivement les programmes verticaux dans un cadre cohérent, systématique et coordonné de façon horizontale. Pour renforcer la préparation à long terme aux crises et mettre en place un seul système global capable de faire face aux menaces sanitaires, il faut mettre en place une infrastructure solide au niveau national. Un mécanisme axé sur un système unique, qui assure notamment le renforcement des capacités des systèmes sanitaires nationaux, permet de faire face à des menaces futures qui pèsent sur la santé et la sécurité, qu'elles soient connues ou encore inconnues.

## **Information et communication**

30. La communication sur les risques est essentielle dans le cadre des programmes de santé publique. La façon dont les risques sont perçus influe dans une large mesure sur le comportement individuel ; la mobilisation sociale et l'éducation pour la santé peuvent contribuer à réduire les risques et accroître la capacité des populations à faire face aux problèmes. Des messages simples et faciles à comprendre communiqués par les médias peuvent informer le public sur des mesures de protection de nature à réduire les risques sanitaires. La fourniture en temps voulu d'informations exactes à la population revêt une grande importance lors d'une situation d'urgence mettant en jeu la santé publique. Les rumeurs et l'impression que l'on tente de cacher des informations cruciales peuvent contribuer à une panique et à mettre en péril la sécurité.

31. Les crises sanitaires ont également tendance à être des crises de communication. Plusieurs enseignements ont été tirés de l'expérience passée relative à la communication de crise dans la Région européenne :

- l'apparition de risques sanitaires et l'incapacité des services publics à y faire face de façon efficace vont souvent de pair avec un climat caractérisé par la méfiance, le soupçon, des accusations et des représailles, en raison de la diffusion d'informations inappropriées et contradictoires ;

- le grand public perçoit les risques de façon très différente des professionnels de santé, ce dont les stratégies de communication doivent tenir compte ;
- une culture de transparence au niveau des organisations est essentielle pour la lutte contre les risques sanitaires et la communication à leur sujet ;
- il faut mettre en place un cadre clair d'évaluation des risques pour qu'il soit plus facile de prendre en connaissance de cause des décisions concernant des mesures appropriées de lutte contre les risques ;
- une communication et un échange d'informations caractérisés par l'exactitude et la fiabilité sont essentiels pour la prise de décision en santé publique.

## Enseignements tirés (études de cas)

32. La présente section repose sur des études de cas récentes et analyse les enseignements retirés des mesures prises pour faire face à diverses crises sanitaires dans la Région. Elle aborde l'action menée à la suite des problèmes de santé environnementale résultant de la contamination par le plomb observée dans la province du Kosovo (Serbie) administrée par les Nations Unies, les conséquences sanitaires de la canicule de 2003, les inondations qui se sont produites en Europe centrale (Bulgarie), le tremblement de terre en Turquie et les flambées de grippe aviaire et humaine qui se sont produites en Turquie et Azerbaïdjan.

### Kosovo (Serbie) : étude de cas sur une contamination par le plomb (2006)

#### *Description de la situation*

33. Après des années d'exploitation de la mine de TREPČA, à Mitrovica (Mitrovicë) (zone peuplée d'environ 110 000 personnes), dans la province du Kosovo (Serbie) administrée par les Nations Unies, l'environnement était fortement contaminé par le plomb<sup>1</sup>, ce qui créait des risques sanitaires importants, notamment pour les enfants de moins de six ans. La situation était particulièrement grave dans les camps de personnes déplacées situés à proximité des digues à rejets du Nord de Mitrovica (Mitrovicë) et de Zvecan<sup>2</sup>, où 560 personnes d'ethnie rom, ashkalie et égyptienne vivent dans de mauvaises conditions sanitaires, tout en devant subir des interruptions de l'approvisionnement en eau et en électricité, depuis la crise de 1999. Comme ces camps sont proches des digues à rejets de la TREPČA et de fonderies, il est devenu urgent d'établir les personnes concernées en un lieu moins contaminé.

34. Les décennies d'activités de fonderie et de métallurgie, ainsi que les trois grandes digues à rejets de l'usine sont responsables de la pollution de l'environnement à Mitrovica (Mitrovicë). La fonderie a été fermée en 2000 sur l'ordre de la Mission d'administration intérimaire des Nations Unies au Kosovo (MINUK), en vue de réduire les risques sanitaires qui lui étaient liés. Cependant, les digues à rejets et la fonderie continuent à diffuser des poussières et un sol contaminé par le plomb, métal qui pollue le sol, la poussière et la chaîne alimentaire.

---

<sup>1</sup> La mine de TREPČA à Mitrovica (Mitrovicë) a commencé à être exploitée en 1927. Les activités de la fonderie proche de Zvecan ont débuté en 1939.

<sup>2</sup> Il n'avait jamais été prévu que les camps de Roms, d'Ashkalis et d'Égyptiens deviennent des établissements semi-permanents dans une zone de catastrophe écologique. Le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) a construit les trois camps de personnes déplacées de Chesminluk, Kablare et Ztikovac pour les populations de Roms, d'Ashkalis et d'Égyptiens qui avaient fui de la zone sud de Mitrovica (Mitrovicë) à la zone nord de Mitrovica (Mitrovicë) au cours de la complexe situation d'urgence de 1999. Le HCR a construit ces camps à titre temporaire, car il estimait alors que les Roms, Ashkalis et Égyptiens déplacés y resteraient 45 à 90 jours, après quoi ils retourneraient dans la zone sud de Mitrovica (Mitrovicë). Cependant, la persistance du conflit interethnique a empêché leur retour dans la zone sud de Mitrovica (Mitrovicë), de sorte que les camps sont encore occupés.

35. La région de Mitrovica (Mitrovicë) est divisée, sur le plan ethnique, entre une population serbe établie dans la partie nord et relevant du gouvernement de Belgrade, et une population albanaise résidant dans la partie sud, qui relève des institutions provisoires d'auto-administration du Kosovo (IPOK) et de la MINUK. Depuis la situation d'urgence complexe de 1999, la province du Kosovo (Serbie), et en particulier la région de Mitrovica (Mitrovicë) font l'objet de mesures de sécurité renforcées de la part de l'ONU.

36. L'assistance du Bureau régional au Kosovo (Serbie) dans le cadre de la situation décrite plus haut a commencé en 2002. En 2004, une mission d'évaluation des risques sanitaires de l'OMS a constaté des niveaux élevés d'exposition au plomb dans la zone nord de Mitrovica (Mitrovicë) et des taux de plombémie extrêmement élevés dans les populations concernées. En conséquence, un appel a été lancé en vue d'interventions de santé publique urgentes.

#### ***Incidences sur la santé et la sécurité***

37. Des observations concernant une importante intoxication humaine ont suscité beaucoup de scepticisme, car l'on estimait que le plomb constituait avant tout un risque professionnel. D'une manière générale, on ne se rendait pas compte des conséquences sanitaires potentielles pour la population qui résidait à proximité des sites d'exploitation minière et métallurgique.

38. Les résultats de l'évaluation des risques sanitaires réalisée par l'OMS à la fin de 2004 ont confirmé que les problèmes de sécurité sanitaire résultant de l'exposition au plomb étaient d'une gravité sans précédent. Au sein de la population de la zone de Mitrovica (Mitrovicë) et de Zvecan, 25 % des enfants examinés âgés de deux ou trois ans avaient des taux élevés de plombémie. De plus, il a été estimé qu'au moins 100 des 160 enfants roms, ashkalis et égyptiens qui vivaient dans les camps de personnes déplacées se trouvaient dans une situation d'urgence médicale en raison d'une grave intoxication au plomb aiguë et chronique.

39. L'absorption de plomb par ingestion et inhalation, en particulier dans le cas des jeunes enfants, peut provoquer des lésions cérébrales ou nerveuses, des troubles de l'élocution, des problèmes d'audition, un retard mental, une atteinte des facultés d'apprentissage, une hyperactivité, des problèmes de comportement et un retard de croissance. L'exposition au plomb peut également engendrer une hypertension artérielle et une déficience de la fonction rénale chez les adultes.

40. Les tensions ethniques restent importantes dans cette zone et, de ce fait, il existe des difficultés d'accès aux soins de santé pour les groupes minoritaires. Les Serbes de la zone nord de Mitrovica (Mitrovicë) évitent les soins secondaires et tertiaires dispensés à Pristina et se rendent souvent à Belgrade, qui se trouve à quatre heures de route, ce qui cause des retards importants dans les traitements.

41. Dans la situation actuelle, le développement économique est compromis, et il existe de sérieux problèmes d'emploi. La tension monte, en raison des incertitudes concernant le statut politique final du Kosovo (Serbie) et l'avenir de la région de Mitrovica (Mitrovicë). Si de nombreuses personnes quittent le Kosovo (Serbie) après une décision relative au statut de ce territoire, cela risque d'engendrer une pénurie de personnel dans le système de soins de santé de la zone nord de Mitrovica (Mitrovicë).

42. Des messages médiatiques controversés contribuent à une atmosphère de méfiance au sein de la population locale, ce qui va de pair avec une augmentation de l'instabilité et des problèmes de sécurité. Des conflits d'intérêt dans les domaines sanitaire et politique entraînent des complications, des incertitudes et des retards dans la mise en œuvre de certaines activités.

#### ***Mesures prises***

43. Le Bureau régional a estimé que la situation en matière de sécurité sanitaire constituait une crise et une urgence de santé publique, sur la base d'activités d'évaluation des risques et de missions spéciales effectuées par des experts de l'OMS. Il a recommandé un transfert immédiat et volontaire des habitants les plus touchés des trois camps de Roms, d'Ashkalis et d'Égyptiens dans un lieu plus sûr sur le plan des risques liés au plomb.

44. Un plan d'évacuation d'urgence pour les populations roms, ashkaliés et égyptiennes concernées a été convenu entre le représentant spécial du Secrétaire général, l'administration civile de la MINUK et les organismes partenaires des Nations Unies, l'IPOK et les fonctionnaires de la région de Mitrovica (Mitrovicë). La recommandation de l'OMS n'a pu être mise en œuvre avant la fin 2005 en raison d'une résistance de la population des personnes déplacées roms, ashkaliés et égyptiennes et de l'incapacité des structures locales à trouver un lieu d'établissement approprié.

45. Après la demande adressée par le directeur régional de l'OMS pour l'Europe à tous les États membres lors de la cinquante-cinquième session du Comité régional, en septembre 2005, pour qu'ils soutiennent le processus de transfert entrepris par la MINUK, une équipe spéciale du Bureau régional dirigée par le bureau de pays de l'OMS en Serbie-et-Monténégro et son antenne à Kosovo (Serbie), et composée d'experts de la santé environnementale, de la nutrition, de la santé mentale et de la communication, a été désignée et a terminé son déploiement le 1<sup>er</sup> novembre 2005. Cette équipe spéciale a élaboré et mis en œuvre un plan d'action centré sur la crise relative au plomb, conformément au rôle de coordination et de direction de l'OMS, avec la participation de partenaires essentiels et de groupes de travail interethniques et intersectoriels.

46. Depuis novembre 2005, le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe s'emploie à élargir les programmes de santé publique en cours d'exécution dans les camps de personnes déplacées, avec le soutien constant d'experts internationaux et de l'OMS. En mars 2006, la plupart des habitants roms, ashkaliés et égyptiens de deux des camps avaient décidé de s'établir dans un lieu plus sûr, le camp Osterode, ancien camp militaire français. Un plan de soins médicaux a été mis en route. Une campagne de sensibilisation se poursuit, en vue de réduire les risques d'exposition au plomb. Les activités de l'OMS ont été financées ces dernières années par le gouvernement néerlandais, et les travaux de l'équipe spéciale et du programme du Bureau régional ont été rendus possible par un don généreux du gouvernement norvégien.

#### **Analyse et enseignements tirés**

47. La situation générale dans la région de Mitrovica (Mitrovicë) reste très délicate et susceptible de changements rapides en raison de l'incertitude en matière politique et de sécurité en ce qui concerne le statut du Kosovo (Serbie), qui pourrait avoir des effets sur la sécurité sanitaire.

48. L'action menée immédiatement pour faire face à la crise écologique doit être élargie progressivement et intégrée dans des stratégies globales de préparation concernant le système de santé local. Le soutien de l'OMS au niveau de la définition des politiques doit être encore renforcé.

49. L'action de coordination et de persuasion menée par l'OMS, qui a toujours pris clairement position sur cette crise de santé publique, joue un rôle crucial dans la solution de cette situation complexe d'urgence en matière de santé publique, qui met en jeu des questions politiques, sanitaires, sociales et de sécurité. Une assistance technique rapide de l'OMS en matière d'évaluation et de gestion du risque sanitaire, conformément aux normes internationales, est essentielle, et un échange régulier d'informations fiables avec les parties intéressées a joué un rôle important dans le renforcement de la confiance.

50. La sensibilisation de la population, la communication et le soutien aux décideurs ont contribué efficacement au succès des mesures préventives nécessaires. Le dialogue avec les principaux partenaires du processus de décisions et une communication constante avec les populations roms, ashkaliés et égyptiennes ont été essentiels dans l'action menée pour empêcher la diffusion d'informations erronées et dissiper les incertitudes. Une bonne stratégie d'information et de communication de l'OMS en cas de crise est indispensable, et doit être encore renforcée.

## Conséquences sanitaires de la canicule – étude de cas (2003)

### *Description de la situation*

51. Une grave vague de chaleur a sévi dans une grande partie de l'Europe en 2003 ; les températures enregistrées ont dépassé celles qui avaient été observées dans les années 40 et au début des années 50 dans de nombreuses zones d'Europe. La vague de chaleur de 2003 a mis à rude épreuve les écosystèmes, a fortement augmenté la demande d'électricité et de services, et a posé des problèmes dans divers domaines : agriculture, approvisionnement en aliments, systèmes d'aduction d'eau, tourisme et infrastructures sanitaires. Les dommages dans le secteur agricole ont été estimés à plus de 11 milliards d'euros. Un grand nombre de cours d'eau importants (par exemple le Pô, le Rhin et la Loire) ont atteint des niveaux plus bas que jamais, ce qui a perturbé l'irrigation et le refroidissement des centrales électriques. Les températures élevées ont entraîné le dégel du pergélisol et ont accru le nombre de chutes de rochers dans les Alpes. Plus de 25 000 incendies de forêt ont été enregistrés en Autriche, au Danemark, en Espagne, en Finlande, en France, en Irlande, en Italie et au Portugal, de sorte qu'environ 650 000 hectares de végétation forestière ont été la proie des flammes. Dans 25 à 30 % des établissements de transformation et de distribution d'aliments, les systèmes de refroidissement n'ont pas permis de faire face à la situation.

### *Incidences en matière de santé et de sécurité*

52. Il estime que 50 000 décès de plus qu'en temps normal se sont produits. Une surmortalité a été signalée en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en France, en Italie, aux Pays-Bas, au Portugal, en République tchèque, au Royaume-Uni et en Suisse. Le taux de mortalité a varié de façon importante entre villes d'un même pays, peut-être en raison de différences de conditions climatiques locales et (ou) de préparation du secteur sanitaire aux risques pour la santé des personnes âgées. Les personnes qui couraient le risque le plus élevé étaient celles qui souffraient de maladie chronique ou de troubles mentaux, ou prenaient certains médicaments. Plusieurs facteurs de risque environnementaux, sociaux et liés aux soins de santé ont contribué à la surmortalité ; les plus importants étaient la résidence dans une ville, l'isolement et l'habitation à des étages élevés. Des vagues de chaleur estivales précoces sont liées à une mortalité plus élevée que ce n'est le cas plus tard dans la saison. Des études ont montré que les effets se sont essentiellement manifestés parmi les personnes âgées et sous la forme de décès dus à des coups de chaleur, des maladies respiratoires, des maladies cardiovasculaires, des troubles mentaux et le diabète. Chez les adultes plus jeunes, les décès ont touché les groupes à risque, en particulier les sans-abri, et les personnes alcoolodépendantes, atteintes de maladies mentales ou souffrant d'un important handicap physique.

53. On estime que, d'ici aux années 2050, il se produira une augmentation de 250 % de la mortalité liée à la chaleur au Royaume-Uni et qu'au Portugal, d'ici aux années 2020, les taux de mortalité liés à la chaleur seront compris entre 5,8 et 15,1 décès pour 100 000 habitants, contre 5,4-6 décès pour 100 000 habitants pour la période 1970-1990 (6). Le nombre croissant de personnes âgées en Europe et leur isolement social de plus en plus marqué auront probablement pour effet d'accroître le nombre de personnes dont la santé sera mise en péril par la chaleur. La canicule et le nombre élevé de décès ont créé une crise de santé publique en France et incité le gouvernement de ce pays à prendre diverses mesures pour limiter les effets de canicules ultérieurs.

### *Mesures prises*

54. En France, une enquête parlementaire a conclu que les effets sanitaires de la canicule n'avaient pas été prévus, que les décès avaient été constatés que tardivement et que l'absence d'action de santé publique résultait d'un manque d'experts et d'un mauvais échange d'informations entre les organismes publics, dont les effectifs étaient réduits en raison des vacances et dont les responsabilités n'étaient pas clairement définies (7). Les autorités sanitaires ont été débordées par le nombre de patients, et les crématoriums et cimetières n'ont pu faire face à l'afflux de corps (8). En 2004, les autorités françaises ont établi des plans d'action nationaux et locaux qui prévoyaient des alertes sanitaires en cas de vague de chaleur, la surveillance de l'environnement, et un dispositif de prévisions météorologiques (9).

### **Analyse et enseignements tirés**

55. Dans le cadre du projet coordonné par l'OMS sur les changements climatiques et les stratégies d'adaptation en matière de santé humaine, les mesures prises après 2003 ont été étudiées dans d'autres pays européens. Les mesures immédiates concernant le système de santé prises dans de nombreux pays ont consisté à étudier les incidences sanitaires dans le pays, et à élaborer et mettre en œuvre des plans de prévention des effets néfastes de la chaleur. Ceux-ci comprenaient des éléments relatifs à l'alerte avancée et à la détection rapide, et des recommandations sur les mesures à prendre aux différents niveaux. En outre, on a procédé à une réévaluation des soins aux personnes âgées et d'améliorations structurelles éventuelles dans les établissements (création d'une pièce climatisée). Il est encore nécessaire d'évaluer l'efficacité de ces mesures.

### **Inondations : l'étude de cas sur la Bulgarie (2005)**

#### **Description de la situation**

56. En Europe, les inondations constituent les catastrophes naturelles les plus fréquentes. En été 2005, de graves inondations se sont produites en Europe centrale et orientale, et ont causé des dommages considérables aux infrastructures et à l'agriculture. Sur le plan de la vulnérabilité, certains pays et populations étaient moins bien équipés que d'autres pour faire face à la situation et se relever.

57. En Bulgarie, des pluies torrentielles et des inondations ont touché deux millions de personnes ; le bilan a été de 20 décès et d'environ 10 000 sans-abri. Il a été estimé que les dommages causés à l'économie se sont élevés à quelque 624 millions de dollars des États-Unis ; en particulier, de vastes superficies agricoles et des infrastructures essentielles ont été détruites. Les régions de Targovishte, Rousse, Velico Tarnovo, Stara Zagora, Haskovo, Pazardzik, Shoumen et Bourgas ont été les plus durement touchées.

#### **Incidences sur la santé et la sécurité**

58. Après les inondations, l'OMS a procédé à une évaluation sanitaire rapide des zones touchées. Aucune flambée épidémique importante n'a été signalée, mais la contamination de l'eau et des sources d'aliments a représenté une menace potentielle pour la santé, les sources de revenus et la sécurité. Des terres cultivées qui fournissaient normalement des vivres essentielles pour des familles ont été inondées et contaminées par des fosses septiques. Les pertes économiques correspondantes ont touché une population plus importante que celle directement victime des inondations ; un grand nombre de personnes, en particulier faisant partie de groupes vulnérables, se sont retrouvées dans une situation difficile. Bien que l'approvisionnement en eau n'ait pas été perturbé, les puits utilisés par des particuliers ont souvent été contaminés par des eaux d'égouts. Les autorités locales ont averti la population des risques d'une éventuelle contamination de l'eau et ont conseillé d'utiliser uniquement de l'eau minérale, ce qui a représenté une charge supplémentaire pour les finances déjà obérées des familles rurales. Les médias ont signalé des décès par noyade à la suite des inondations et un homme a été tué par la foudre alors qu'il tentait de sauver son bétail.

59. L'évaluation de l'OMS a également mis en évidence des difficultés considérables, en particulier parmi les personnes âgées. Les études consacrées aux inondations précédentes indiquent qu'indépendamment des difficultés résultant de l'inondation elle-même, un grand nombre des problèmes de santé mentale observés, tels que l'anxiété et la dépression, sont dus aux perturbations engendrées par le déplacement géographique, les dégâts subis par le logement ou la perte de certains biens. En outre, le manque d'assurance cause généralement des problèmes particuliers. Selon des études antérieures, les suicides augmenteraient après une inondation mais, dans le cas de la Bulgarie, on ne dispose pas d'informations allant dans ce sens.

#### **Mesures prises**

60. L'état d'urgence a été décrété dans les zones touchées par les inondations. Les évaluations immédiates et les activités de recherche et de sauvetage ont été réalisées par le service de protection civile, avec le concours du ministère de la Santé et d'autres partenaires publics. Un système de

surveillance des maladies transmissibles était en place et les vaccinations se sont poursuivies sans interruption. Dans l'ensemble, les établissements de santé n'ont pas été touchés par les inondations et aucune pénurie de médicaments ou de vaccins n'a été signalée. La prestation de soins de santé de base n'a pas été interrompue.

61. Une action internationale a permis d'envoyer des produits de première nécessité (eau potable, couvertures, aliments, etc.) et de fournir une assistance technique aux autorités. Elle a été coordonnée par l'équipe de pays des Nations Unies. Les organismes qui ont participé à cette action comprenaient l'OMS – qui a aidé le ministère de la Santé à définir les menaces en matière de santé environnementale et de répondre aux besoins de santé publique de la population – le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Programme des Nations Unies pour le développement, le Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés, CARE et la Croix-Rouge bulgare.

### **Analyse et enseignements tirés**

62. Les conséquences sanitaires immédiates des inondations qui se sont produites en Bulgarie ont donné lieu à des mesures de santé publique telles qu'une surveillance des maladies, des analyses et un traitement de l'eau, et une action d'éducation et d'information sanitaires de la population, mais il est probable qu'il n'a pas été possible de faire face pleinement aux effets plus durables, notamment en matière de santé mentale et de réduction de l'accès des groupes vulnérables aux soins de santé.

63. La situation de la Bulgarie montre que les inondations menacent la sécurité des populations en raison de leurs incidences tant sur la santé que sur la stabilité économique, ce qui accroît la vulnérabilité, dans la mesure où les populations et les individus ont du mal à faire face à la situation et à reprendre une vie normale.

64. En conséquence, il faut mettre davantage l'accent sur la préparation aux catastrophes et les stratégies de réduction des risques avant qu'une inondation ne se produise. Cela nécessite une démarche intersectorielle et peut comprendre les actions suivantes : l'adoption de dispositions législatives en vue de transférer certaines structures vers des zones non inondables, une utilisation judicieuse des sols, la planification et l'entretien des cours d'eau, l'amélioration de l'alerte précoce et de la prévision des isolations, et des mesures en matière d'assurance. Il faut également mettre en place une coopération internationale, dans les domaines de l'utilisation des terres et des cours d'eau, et des prévisions des inondations.

65. Les effets des inondations sur la sécurité, l'économie, la santé et la vie politique au niveau régional sont plus difficiles à mesurer et à quantifier. Cependant, si les prévisions concernant une augmentation du nombre des inondations résultant de changements climatiques futurs potentiels sont correctes, il s'agit d'une question que la Région européenne doit aborder par une planification coordonnée, une action concertée et une coopération.

## **Turquie : le tremblement de terre de Marmara (1999)**

### **Description de la situation**

66. Un séisme d'une magnitude de 7,8 sur l'échelle de Richter a frappé la région turque de Marmara le 17 août 1999 à 3 h 02. La région est densément peuplée et environ deux millions de personnes de cinq localités ont été touchées. Il s'agissait essentiellement d'un tremblement de terre urbain. Selon les statistiques officielles, 18 256 personnes ont perdu la vie, il y a eu 48 905 blessés et 357 322 bâtiments ont été endommagés, dont un tiers s'est effondré. On estime que 200 000 personnes se sont retrouvées sans abri.

### **Incidences sur la santé et la sécurité**

67. Un syndrome d'écrasement a été signalé dans 639 cas chez des survivants extraits des débris. Les hôpitaux ne disposaient pas de suffisamment d'appareils de dialyse pour traiter les personnes atteintes de défaillance rénale et ni le personnel de secours ni les équipes d'intervention médicale

urgente n'ont été en mesure d'offrir sur place un traitement médical aux personnes atteintes de syndrome d'écrasement. En conséquence, le syndrome d'écrasement a été la principale cause de décès parmi ceux qui avaient survécu au séisme.

68. Les médias turcs ont répandu un grand nombre de mythes et d'idées fausses concernant les menaces sanitaires qui ont suivi le tremblement de terre. Les craintes exprimées dans les médias concernant des épidémies de choléra et de fièvre typhoïde étaient en fait dans une large mesure dépourvues de fondements, compte tenu de l'expérience en matière de tremblements de terre. On a également exagéré la menace que les cadavres représentaient pour la santé publique.

69. Les effets sanitaires prolongés du tremblement de terre se sont manifestés sous la forme de problèmes de santé mentale, en particulier des cas de syndrome de stress post-traumatique. Seul un petit nombre de personnes atteintes ont reçu un traitement approprié. Des groupes vulnérables tels que les personnes âgées, les enfants, les femmes et les chômeurs ont éprouvé des difficultés d'accès aux services médicaux après le séisme. La sécurité économique et sanitaire de ces groupes est devenue plus précaire, car ces derniers n'avaient pas les moyens de faire face aux coûts financiers des conséquences d'une catastrophe naturelle.

### **Mesures prises**

70. En raison des perturbations observées dans l'infrastructure de distribution de l'eau et d'assainissement, et des problèmes de pollution de l'eau qui en ont résultés, il y a eu un risque de maladies diarrhéiques. Cependant, des mesures appropriées ont été prises pour y faire face : des milliers de bouteilles d'eau potable ont été distribuées. L'OMS a aidé les autorités turques à mettre en place un système de surveillance et d'alerte avancée pour suivre cinq grandes maladies, dont la diarrhée et la rougeole, en particulier pour les personnes qui sont restées sans abri à la suite du tremblement de terre.

71. La trop grande importance accordée à la menace supposée que les cadavres représentaient a engendré une mauvaise répartition des ressources et du temps lors des interventions de santé publique ; par exemple, de la chaux a été déversée autour des bâtiments, des désinfectants ont été pulvérisés et un grand nombre de corps ont rapidement été incinérés. De ce fait, les efforts n'ont pas porté prioritairement sur des menaces sanitaires plus urgentes, telles que le traitement du syndrome d'écrasement, et peu de choses ont été réalisées pour favoriser la stabilité, dans la mesure où les familles n'ont pas eu le temps d'identifier leurs parents décédés et d'entamer un travail de deuil dans de bonnes conditions.

### **Analyse et enseignements retirés**

72. Le tremblement de terre en Turquie a permis de tirer des engagements essentiels : il est nécessaire de disposer d'informations exactes concernant les menaces sanitaires à la suite d'un tremblement de terre et d'entreprendre des interventions sanitaires appropriées. Tant les autorités que les médias ont des responsabilités à cet égard. Le ministère de la Santé a depuis lors créé un bureau central d'intervention en cas de catastrophe et un effort de grande ampleur a été accompli pour recueillir des données sur les principaux types de blessures, et les médicaments, le matériel et les ressources humaines nécessaires après un tremblement de terre.

73. Le manque de coordination entre les ministères et les travailleurs humanitaires a fortement entravé l'action menée à la suite du tremblement de terre. En l'absence d'un appel de dons coordonné, il y a eu des dons inappropriés et un nombre excessif de volontaires médicaux internationaux. Une bonne coordination suppose l'échange d'informations pour définir précisément les besoins et remédier aux lacunes en matière d'assistance.

74. Après le tremblement de terre, des bâtiments tels que des hôpitaux, des écoles et des immeubles administratifs ont dû être reconstruits, de façon à ce qu'ils puissent continuer à fonctionner même en cas de catastrophe. Les facultés de génie civil dispensent maintenant une formation universitaire supérieure en matière de préparation aux catastrophes, et l'on a modifié les programmes de facultés de médecine et la législation en vue d'une meilleure préparation aux catastrophes futures.



prévention et de contrôle des maladies (CEPCM), en vue d'évaluer les points forts et les faiblesses des plans existants et de formuler des recommandations en vue d'améliorations. Ces deux organisations agiront également de façon concertée avec des organismes des Nations Unies et des donateurs, en vue d'obtenir des ressources pour les États membres qui ont besoin d'une assistance plus importante de la part de la communauté internationale.

78. La Turquie et l'Azerbaïdjan ont enregistré des infections humaines lors de flambées familiales limitées en janvier et mars 2006, respectivement. En Turquie, des contacts étroits avec des volailles malades ou mortes ont constitué la principale source d'exposition, tandis qu'en Azerbaïdjan, une source possible d'infection a récemment été détectée, à savoir un contact direct avec des oiseaux sauvages malades, en particulier des cygnes morts lors de l'enlèvement des plumes.

79. Les deux flambées ont été rapidement endiguées par les autorités sanitaires locales, avec une aide technique internationale fournie par des missions interorganisations dirigées par l'OMS.

#### ***Incidences sur la santé et la sécurité***

80. Douze cas humains (dont quatre décès) ont été enregistrés en Turquie et confirmés par un laboratoire de référence de l'OMS, établi à Londres, et huit cas confirmés (dont cinq décès) ont été enregistrés en Azerbaïdjan. Les cas groupés familiaux étudiés et les cas confirmés en Turquie ont tous été liés à un contact étroit avec des volailles malades, sans qu'existe d'indication de transmission interhumaine. Les préoccupations en matière de sécurité sanitaire dans les pays voisins et plusieurs pays européens ont contribué à une énorme couverture médiatique de ce qui s'est passé en Turquie. En Azerbaïdjan, les aspects de sécurité sanitaire ont donné lieu à la diffusion de messages appropriés en vue de sensibiliser la population au fait que des oiseaux sauvages malades avaient constitué pour la première fois la source probable de l'infection.

81. De nombreux pays de la Région ont mis en place des restrictions au commerce et aux importations, et des interdictions de transport de volailles provenant des pays touchés, ce qui a eu des conséquences économiques.

#### ***Mesures prises***

82. L'action menée à la suite de la flambée en Turquie a comporté une mission interorganisations dirigée par l'OMS, à laquelle ont participé quinze experts internationaux. Il s'agissait principalement d'appuyer l'enquête épidémiologique, de fournir une assistance technique pour les mesures d'endiguement de l'infection et l'établissement de diagnostics en laboratoire, et d'assurer la coordination avec les ministères concernés, les autorités sanitaires locales et les partenaires des Nations Unies, en particulier en ce qui concerne les questions de gestion de l'information et la communication de crise. L'assistance technique fournie à l'Azerbaïdjan à la demande du ministère de la Santé a porté principalement sur les diagnostics en laboratoire, y compris les aspects logistiques de l'envoi d'échantillons de sang à des laboratoires de référence, de la prise en charge des cas et de la mobilisation sociale.

#### ***Analyse et enseignements tirés***

83. Comme la préoccupation principale, en particulier en Turquie, était de réagir immédiatement à la flambée, certains aspects et les possibilités d'entamer et de coordonner des initiatives de recherche n'ont peut-être pas fait l'objet d'une attention prioritaire. Le manque de ressources des bureaux de pays de l'OMS a suscité des difficultés, sur les plans de la logistique et de l'intervention rapide d'équipes d'experts. Les relations avec les médias et la communication sont devenues des éléments essentiels de la participation de l'OMS, de même que l'échange d'informations et la coordination avec les autorités nationales et les partenaires internationaux.

84. Un scénario de pandémie potentielle soulève de graves préoccupations en matière de sécurité et de sûreté, ce qui peut affecter tous les secteurs de la société, et il faut que les plans de préparation à une pandémie portent sur les risques en matière de sécurité, en faisant participer tous les secteurs et les organismes publics concernés.

85. L'évolution récente au niveau mondial, notamment en Indonésie, où il se peut qu'une transmission interhumaine se soit produite au sein d'une famille, suscite des préoccupations de plus en plus vives en ce qui concerne les conséquences potentielles pour la sécurité sanitaire mondiale.

### Études de cas – conclusions

86. Il résulte de l'analyse des événements décrits plus haut et de l'expérience retirée d'autres que :

- des événements inattendus, qui se produisent soudainement et évoluent rapidement peuvent, même là où existent des systèmes de santé avancés, créer une situation de crise caractérisée par la confusion et des réactions tardives. Il est essentiel d'anticiper les risques potentiels dans le cadre de la planification du système de santé ;
- des systèmes de santé publique bien préparés et des mesures préventives (par exemple, la construction de bâtiments capables de résister aux inondations et aux séismes, des systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement résistants, et des établissements de soins d'urgence) permettent de réduire de façon appréciable les effets négatifs sur la santé et la sécurité ;
- des événements ont des effets sur les systèmes d'approvisionnement et touchent des secteurs multiples, ce qui entraîne plusieurs expositions simultanées de la population et aggrave ainsi les effets néfastes sur la santé et la sécurité ;
- il est crucial d'assurer une coordination intersectorielle et de mettre en place des processus prédéfinis de prise de décision rationalisés pour réduire autant que possible les effets sur la santé et la sécurité en cas de crise ou de situation d'urgence ;
- il est essentiel de diffuser rapidement des informations exactes sur d'éventuels effets sanitaires, et d'entreprendre des interventions efficaces et fondées sur des informations factuelles pour les réduire autant que possible ;
- la sensibilisation de la population, la communication et les conseils destinés aux décideurs sont des outils efficaces pour favoriser et mettre en œuvre des mesures préventives essentielles. Un dialogue constant avec les principales parties prenantes dans le processus de décision et des informations fiables peuvent prévenir la méfiance et l'incertitude.

### Le rôle de l'OMS

87. Le maintien de la santé au niveau le plus élevé possible constitue une mission essentielle de l'OMS. Les orientations pour la période biennale en cours (2006-2007), telles qu'elles sont exposées dans le budget programme, comprennent plusieurs buts qui se rapportent à la santé et à la sécurité (10).

88. Il est prévu d'assurer une alerte aux épidémies « pour assurer une sécurité sanitaire mondiale et favoriser des mesures qui réduisent les effets des maladies transmissibles ».

89. Les actions menées dans le domaine de l'environnement et de la santé doivent « permettre d'obtenir des environnements humains sûrs, viables et favorables à la santé, protégés contre les dangers biologiques, chimiques et physiques, et à l'abri des effets de menaces écologiques mondiales ».

90. La préparation et les interventions au niveau du système de santé doivent « réduire les pertes de vies humaines évitables, la charge de morbidité et d'incapacité dans les populations touchées par des crises, des situations d'urgence et des catastrophes, optimiser la santé lors de la transition qui suit les crises, et contribuer au relèvement et au développement », une grande importance étant accordée à la mise en place de capacités locales durables.

91. L'OMS est un partenaire actif de divers organismes des Nations Unies et soutient la bonne coordination des mesures d'urgence et de l'action humanitaire. Elle est un membre actif du Groupe de travail du Comité permanent interinstitutions des Nations Unies et d'autres initiatives interorganisations, et collabore étroitement avec le bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU. L'OMS collabore aussi de façon active avec la Commission économique pour l'Europe de l'ONU, la Stratégie

internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes et l'Organisation météorologique mondiale en vue de concevoir et de mettre en œuvre des produits tels que les Principes directeurs pour la prévention des inondations (11) et de mettre au point des systèmes d'alerte sanitaire concernant les vagues de chaleur. Le récent processus de réforme de l'action humanitaire des Nations Unies et, dans ce cadre, la désignation d'organisations chefs de file (l'OMS étant l'organisation chef de file pour la santé) renforcent encore le mandat de l'OMS dans les opérations humanitaires.

### **Renforcement de la préparation institutionnelle de l'OMS**

92. Une action coordonnée et horizontale au niveau des systèmes de santé est devenue une orientation essentielle du Bureau régional. Un effort constant au sein du Bureau et une collaboration étroite entre tous les niveaux de l'Organisation (Siège, régions et pays) sont indispensables pour que l'OMS puisse concevoir des interventions coordonnées de santé publique pour répondre de façon appropriée à des scénarios d'urgence en évolution rapide et aux besoins en matière de sécurité sanitaire.

93. Grâce au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (de), l'OMS dispose d'un mécanisme mondial efficace pour mobiliser rapidement des compétences internationales issues d'un réseau bien établi d'experts internationaux expérimentés. Pour renforcer et améliorer sa propre préparation institutionnelle, l'OMS doit encore développer et mettre à jour ses compétences et capacités en matière d'intervention en cas de crise et de situation d'urgence, et notamment perfectionner les mécanismes qui lui permettent de mobiliser ses compétences techniques régionales et de recourir à des experts extérieurs – selon le modèle du de – en faisant participer les centres collaborateurs et les donateurs. Au Siège de l'OMS, l'Équipe d'action sanitaire en cas de crise a récemment lancé le Réseau d'action sanitaire d'urgence ; ce dernier pourrait être perfectionné et devenir un mécanisme efficace de formation et de mobilisation, grâce à la création d'un système régional efficace axé sur un registre d'experts sanitaires susceptibles d'être mobilisés en cas de situation d'urgence.

94. L'expérience retirée récemment de la participation d'experts du Bureau régional à des interventions en cas de crise (tsunami asiatique, séisme au Pakistan, prise d'otages de Beslan dans le Caucase du Nord, afflux de réfugiés d'Andijan au Kirghizistan, crise écologique due à l'exposition au plomb dans la province du Kosovo (Serbie) administrée par les Nations Unies, action menée lors de la canicule en Europe occidentale et mesures prises lors des flambées humaines d'infection à virus A/H5N1 en Turquie et en Azerbaïdjan) a clairement démontré qu'il importe de tirer parti des enseignements ainsi tirés pour améliorer la préparation future et assurer des interventions appropriées.

95. La mise en place d'une plateforme opérationnelle commune régionale pour la mobilisation en temps utile de compétences et de ressources internationales améliorerait certainement les aspects logistiques des actions futures en cas de crise. Cela exigerait une coordination étroite avec les programmes pertinents du Siège de l'OMS et des autres bureaux régionaux pour obtenir l'appui nécessaire et assurer la coordination avec les partenaires externes.

### **L'avenir**

96. Le Bureau régional continuera d'assurer une coordination et une collaboration avec les États membres, les partenaires du système des Nations Unies et, au niveau paneuropéen, les institutions de l'UE, la Commission européenne et le CEPCM, pour que les informations factuelles et les enseignements tirés, y compris les mécanismes d'alerte avancée et d'action rapide, soient incorporés dans les stratégies de préparation des systèmes sanitaires nationaux, en mettant l'accent sur l'importance d'une préparation intersectorielle globale aux fins de la sécurité sanitaire.

97. Des consultations complémentaires avec les États membres auront lieu, afin de guider, de déterminer et de définir en commun les domaines prioritaires de coordination, de collaboration et d'intervention conformément aux orientations proposées plus haut.

98. Le Bureau régional assure la promotion d'une démarche axée sur plusieurs dangers en matière de préparation aux crises sanitaires et d'intervention lorsqu'elles se produisent, avec la participation de l'ensemble du système de santé dans le cadre d'une action coordonnée face à des urgences possibles, en jouant un rôle de direction énergique pour favoriser la prévention et l'atténuation des effets.

99. Une bonne gouvernance pour améliorer la fonction de direction au sein des systèmes de santé est essentielle pour la mise en œuvre du RSI de 2005, afin d'assurer des interventions globales aux niveaux national et international.

100. Un programme de préparation spécial institutionnalisé pour la sécurité et les crises sanitaires, solidement ancré dans les ministères de la Santé, constitue un élément essentiel du développement de la collaboration intersectorielle en matière de sécurité sanitaire.

101. Des mesures essentielles de santé publique doivent être intégrées dans les efforts de coordination intersectorielle, avec la participation du secteur privé et de la société civile.

102. L'adoption de principes en matière de communication, d'éducation et de sensibilisation en direction de la population, comportant une stratégie de communication en cas de crise préparée et mise à l'épreuve longtemps d'avance, peut empêcher une crise sanitaire de devenir une crise politique ou de sécurité.

## Références

1. *Un monde plus sûr : notre affaire à tous. Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement du Secrétaire général.* New York, Nations Unies, 2004 (<http://www.un.org/french/secureworld/>, consulté le 23 juin 2006).
2. Ekengren M, Matzen N, Svantesson M. *The New Security Role of the European Union – Transnational Crisis Management and the Protection of Union Citizens.* Stockholm, Swedish National Defence College, 2006 ([http://www.eucm.leidenuniv.nl/content\\_docs/eucm\\_report\\_ii\\_march2006\\_web\\_publication\\_version.pdf](http://www.eucm.leidenuniv.nl/content_docs/eucm_report_ii_march2006_web_publication_version.pdf), consulté le 29 juin 2006).
3. *Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 : Pour des nations et des collectivités résilientes face aux catastrophes.* Genève, Stratégie internationale de prévention des catastrophes, 2005 (<http://www.unisdr.org/wcdr/intergover/official-doc/L-docs/final-report-wcdr-french.pdf>, consulté le 27 juin 2006).
4. *Principes directeurs applicables aux dons de médicaments.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 ([http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO\\_EDM\\_PAR\\_99.4\\_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_EDM_PAR_99.4_fre.pdf), consulté le 26 juin 2006).
5. *Principes directeurs pour l'élimination sans risque des produits pharmaceutiques non utilisés pendant et après les situations d'urgence.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999 ([http://www.who.int/water\\_sanitation\\_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/unwantpharm.pdf), consulté le 26 juin 2006).
6. Kovats S, Jendritzky G, et al. 2006 Heat-waves and Human Health. *In* : Menne B, Ebi KL (sous la dir. de). *Climate change and adaptation strategies for human health.* Steinkopff Verlag, Darmstadt, p. 63 à 90.
7. Sénat (2004). Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information « La France et les Français face à la canicule : les leçons d'une crise ». Les Rapports du Sénat, Paris (N° 195).
8. Michelon T, Magne P, Simon-Delavelle F. Lessons Learnt from the 2003 Heat Wave in France and Actions Taken to Limit the Effects of New Heat Waves. *In* : Kirch W, Menne B, Bertolini R (sous la dir. de). *Extreme weather events and Public Health Responses.* Berlin, Springer, 2005.
9. Laaidi K et al., Empereur-Bissonnet, 2004. Le système français d'alerte canicule et santé (SACS 2004) : Un dispositif intégré au Plan National Canicule. Rapport opérationnel, Institut de veille sanitaire.
10. *Projet de budget programme 2006-2007.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2005.
11. Flood prevention guidelines: Menne, B., 2000. Floods and public health consequences, prevention and control measures. UN 2000 (MP.WAT/SEM.2/1999/22).
12. *OCHA orientation handbook on complex emergencies,* New York, Bureau de la coordination des affaires humanitaires, 1999 ([http://www.reliefweb.int/library/documents/ocha\\_\\_orientation\\_\\_handbook\\_on\\_\\_.htm#1](http://www.reliefweb.int/library/documents/ocha__orientation__handbook_on__.htm#1), consulté le 29 juin 2006).

## Bibliographie

1. *Un monde plus sûr : notre affaire à tous. Rapport du Groupe de personnalités de haut niveau sur les menaces, les défis et le changement du Secrétaire général.* New York, Nations Unies, 2004 (<http://www.un.org/french/secureworld/>, consulté le 23 juin 2006).
2. Benson C, Clay E. Developing countries and the economic impacts of natural disasters. In : Kreimer A, Arnold M (sous la dir. de). *Managing disaster risk in emerging economies.* Washington, DC, Banque mondiale, 2000.
3. Berlinguer G. Health and equity as a primary global goal. *Development*, 1999, 42(4):17-21.
4. Christopolos I, Mitchell J, Liljelund A. Re-framing risk: the changing context of disaster mitigation and preparedness. *Disasters*, 2001, 25(3):185-198.
5. *Competence and Readiness for Disaster Reduction. Draft project proposal for institutional capacity building.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 2001.
6. *Consultation on planning ahead for the health impact of complex emergency.* Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999.
7. *Contingency Planning – Disaster Prevention and Mitigation.* Addis Abéba, Programme de formation à la santé d'urgence pour l'Afrique, Centre de formation aux situations d'urgence, 1998.
8. Daulaire N. Globalization and health. *Development*, 1999, 42(4):22-24.
9. Disaster Preparedness and Mitigation. In : *Information for Health: Annual Report of the Director.* Washington, DC, Organisation panaméricaine de la santé, 1998:74-81 (<http://www.paho.org/English/D/P73.pdf>, consulté le 27 juin 2006).
10. *Disaster Preparedness and Response.* Résumé présenté lors de la clôture de la deuxième réunion mondiale des représentants de pays et des chargés de liaison de l'OMS, Genève, mars 2001.
11. *Plans d'intervention d'urgence dans la Région européenne – Rapport d'étape.* Copenhague, Organisation mondiale de la santé, 2000 (EUR/RC50/Inf.Doc./4) (<http://www.euro.who.int/document/rc50/finfdoc4.pdf>, consulté le 27 juin 2006).
12. *Draft: Strengthening of the coordination of emergency humanitarian assistance of the United Nations: Report of the Secretary-General to the Substantive session of 2002.* New York, Conseil économique et social des Nations Unies, 2002.
13. Duffield M. *Global Governance and the New Wars.* Londres, Zed Books, 2001.
14. Ekengren M, Matzen N, Svantesson M. *The New Security Role of the European Union – Transnational Crisis Management and the Protection of Union Citizens.* Stockholm, Swedish National Defence College, 2006 ([http://www.eucm.leidenuniv.nl/content\\_docs/eucm\\_report\\_ii\\_march2006\\_web\\_publication\\_version.pdf](http://www.eucm.leidenuniv.nl/content_docs/eucm_report_ii_march2006_web_publication_version.pdf), consulté le 27 juin 2006).
15. *Emergency and Humanitarian Action, Disasters, Emergencies and WHO.* Deuxième réunion du groupe de gestion mondial du programme, Genève, 17 mars 2000.
16. *Déclaration finale, Symposium sur les meilleurs systèmes en matière d'échange d'information humanitaire.* Genève, Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, 2002.
17. Firket H. Wars of the 1990s. *Medicine, Conflict and Survival.* 2001, 17 (4):337-347.

18. Griekspoor, A. *Health effects of conflicts and disasters: where is the evidence?* Contributions à la Conférence du Forum 5 du Forum mondial pour la recherche en santé, Genève, octobre 2001.
19. *Guidelines for assessing disaster preparedness in the health sector*. Organisation panaméricaine de la santé, Washington, D.C. 1995.
20. Hannan, C. *Mainstreaming gender perspectives in environmental management and mitigation of natural disasters*. Exposé pour la table ronde et la discussion organisées par la Division pour l'avancement des femmes de l'ONU et le Comité des ONG sur la condition féminine en vue de la préparation de la quarante-sixième session de la Commission de la condition féminine, 17 janvier 2002 (<http://www.un.org/womenwatch/osagi/pdf/presnat%20disaster.PDF>, consulté le 27 juin 2006).
21. *Health facility seismic vulnerability evaluation: a handbook*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.
22. *Health in emergencies, WHO humanitarian assistance in Europe: 1996-1998*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999.
23. *Health information management in crises: report on a WHO regional workshop*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2006.
24. Ingram A (sous la dir. de). *Health, foreign policy and security: Towards a conceptual framework for research and policy*. Londres, The Nuffield Trust and Nuffield Health and Social Services Fund, UK Global Health Programme, 2004 (UK Global Health Working Paper No 2) (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/ecomms/files/301104hfpsconceptworking.pdf>, consulté le 27 juin 2006).
25. Jones SG et al. *Securing health: Lessons from Nation-Building Missions*. Santa Monica, CA, RAND Center for Domestic and International Health Security, 2006 ([http://www.rand.org/pubs/monographs/2006/RAND\\_MG321.pdf](http://www.rand.org/pubs/monographs/2006/RAND_MG321.pdf), consulté le 27 juin 2006).
26. Kirch W, Menne B, Bertollini R. *Extreme Weather Events and Public Health Responses*. Publié pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe par Springer-Verlag, 2005.
27. Manenti A. *Decentralized cooperation: A new tool for conflict situations*, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1999.
28. Menne B, Ebi K. *Climate Change and Adaptation Strategies for Human Health*. Publié pour le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe par Steinkopff Verlag, 2006.
29. *Natural disasters and sustainable development: understanding the links between development, environment and natural disasters*. Genève, Stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, 2001.
30. *La pauvreté et la santé – données disponibles et action menée dans la Région européenne de l'OMS*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001 (EUR/RC51/8) (<http://www.euro.who.int/Document/RC51/fdoc8.pdf?language=French>, consulté le 27 juin 2006).
31. *Promoting disaster reduction in Europe – a concept paper and a two-year project proposal*, document interne du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2002.
32. *Strengthening health systems' response to crisis: towards a new focus on disaster preparedness: report on a WHO workshop*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2005.

33. *SUMA the WHO/PAHO supply management system*. Washington, DC. Organisation panaméricaine de la santé, 2001 (<http://www.paho.org/English/ped/suma.pdf>, consulté le 27 juin 2006).
34. *Terminology: Basic terms of disaster risk reduction*. Genève, Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes, 2004 (<http://www.unisdr.org/eng/library/lib-terminology-eng%20home.htm>, consulté le 27 juin 2006).
35. *WHO and the International Strategy for Disaster Reduction*. Cinquante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies, Deuxième Commission, point 98 de l'ordre du jour. Environnement et développement durable, Genève, octobre 2001.
36. *WHO Humanitarian Assistance in The former Yugoslav Republic of Macedonia, lessons learnt*. Skopje, Bureau d'assistance humanitaire de l'OMS, 2000.
37. *WHO in Disaster reduction and Humanitarian Action, Mission Brief*. Genève, Organisation mondiale de la santé, 2000.
38. *WHO/DFID Peace through Health Program, a case study*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 1998.
39. *WHO's Contribution to the second and final preparatory committee meeting of the World Conference Against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance: Health and freedom from discrimination: A regional perspective*. Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 2001.

## Annexe

### Définitions

Par « crise », on entend une situation instable de danger ou de difficulté extrême qui se produit lorsque les systèmes sanitaires locaux dont les individus dépendent sont débordés et ne peuvent répondre aux besoins ou à une demande accrue.

Par « urgence », on entend une situation dans laquelle les procédures normales sont suspendues et des mesures extraordinaires sont prises pour éviter les effets d'un danger sur la communauté ; l'urgence résulte d'un événement catastrophique en raison duquel les besoins et les ressources disponibles sont en déséquilibre. L'OMS a utilisé cette notion principalement dans le cas des pays en développement.

Par « catastrophe », on entend une grave perturbation du fonctionnement d'une communauté ou d'une société qui cause des dommages humains, matériels, économiques ou écologiques considérables, qui dépassent l'aptitude de la communauté ou de la société touchée à faire face à la situation en utilisant ses propres ressources.

Une autre notion liée à celle de crise est celle d'interdépendance du risque, des dangers et de la vulnérabilité : *risque = dangers x vulnérabilité*.

Par « risque », on entend la probabilité de conséquences néfastes ou de dommages attendus (décès, traumatismes, dégâts matériels, destruction des moyens d'existence, perturbation de l'activité économique ou dommages environnementaux) qui résultent d'interactions entre des dangers naturels ou résultant des activités humaines et une situation vulnérable.

Par « urgence complexe », on entend une « crise humanitaire dans un pays, une région ou une société lorsque s'est effondrée totalement ou dans une large mesure l'autorité en raison d'un conflit interne ou externe et qu'il est nécessaire de mener une action internationale multisectorielle qui dépasse le mandat ou la capacité d'un seul organisme et (ou) du programme de pays en cours de l'ONU » (12).