



DIRECTIVES PDNA VOLUME B



TABLE DES MATIÈRES

■ ABRÉVIATIONS	2
■ INTRODUCTION	3
■ PROCESSUS D'ÉVALUATION	4
■ DONNÉES DE RÉFÉRENCE ET ÉTAT DES LIEUX AVANT LA CATASTROPHE	12
■ ÉVALUATION DES EFFETS D'UNE CATASTROPHE	14
■ PERTES ET DOMMAGES DUS À LA CATASTROPHE	16
■ ÉVALUATION DE L'IMPACT D'UNE CATASTROPHE	18
■ LIENS INTERSECTORIELS ET THÈMES TRANSVERSAUX	19
■ STRATÉGIE DE RELÈVEMENT	20
■ ANNEXE 1: ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ	32
■ ANNEXE 2: MATRICE D'ANALYSE FONDÉE SUR LES DOMAINES D'INTERVENTION ET LES COMPOSANTES DU SECTEUR DE LA SANTÉ	34
■ ANNEXE 3: EXEMPLE DE TABLEAU DES COÛTS UNITAIRES DE RÉFÉRENCE ET DES HYPOTHÈSES UTILISÉS POUR ESTIMER LES DOMMAGES AUX INFRASTRUCTURES ET AUX BIENS	44
■ ANNEXE 4: EXEMPLE DE TABLEAU DES COÛTS UNITAIRES DE RÉFÉRENCE ET DES HYPOTHÈSES UTILISÉS POUR ESTIMER LES PERTES	45
■ ANNEXE 5: EXEMPLE DE FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES DANS LES DISTRICTS	46
■ ANNEXE 6: EXEMPLE DE TABLEAU D'ESTIMATION DES DOMMAGES ET DES PERTES	47
■ ANNEXE 7: EXEMPLE DE FORMULAIRE DE CALCUL DES PERTES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ	50
■ ANNEXE 8: EXEMPLES D'INTERVENTIONS VISANT À ASSURER LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX	51
■ ANNEXE 9: EXEMPLES D'INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES DE CATASTROPHE ET DE PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE	52
■ ANNEXE 10: EXEMPLE DE TABLEAU SERVANT À ÉTABLIR UN PLAN DE RELÈVEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS	53
■ ANNEXE 11: GLOSSAIRE	53
■ ANNEXE 12: RÉFÉRENCES ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES	54



ABRÉVIATIONS

- SIDA** Syndrome d'immunodéficience acquise
- GRC** Gestion des risques de catastrophe
- RRC** Réduction des risques de catastrophe
- VIH** Virus de l'immunodéficience humaine
- OMD** Objectif du Millénaire pour le développement
- OMS** Organisation mondiale de la Santé
- PDNA** Évaluation des besoins post-catastrophe
- ONG** Organisation non gouvernementale
- SGBV** Violence sexuelle et sexiste



INTRODUCTION

Le présent document fournit des orientations aux acteurs nationaux et internationaux intervenant dans le secteur de la santé pendant les processus d'évaluation des besoins post-catastrophe (PDNA) et la planification du relèvement. Il applique une approche intégrée de la conduite du processus d'évaluation, qui consiste à utiliser la méthode standard d'évaluation des dommages et des pertes complétée par une stratégie de relèvement spécialement axée sur la condition humaine.

Les sites Internet des organisations suivantes proposent des informations actualisées et des outils supplémentaires pour l'évaluation des besoins post-catastrophe, ainsi que des indications relatives à la planification du relèvement dans le secteur de la santé:

- Programme international de relèvement
- Organisation panaméricaine de la santé (OPS)
- Commission économique des Nations Unies pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC)
- Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement de la Banque mondiale (GFDRR)
- Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Les présentes lignes directrices portent sur les quatre composantes à prendre en compte pour la réalisation d'une évaluation complète des besoins post-catastrophe:

1. Infrastructures et ressources sanitaires
2. Prestation des services de santé (notamment accès et évolution de la demande de services)
3. Processus de gouvernance de la santé
4. Vulnérabilité et risques sanitaires de la population touchée

Ces composantes seront systématiquement utilisées afin de décrire les données de référence relatives à la situation préalable à la catastrophe, les effets de cette dernière, l'estimation de la valeur économique des dommages et des pertes et l'impact de la catastrophe sur le développement économique et humain. Elles serviront également à exposer les aspects à prendre en compte dans la stratégie de relèvement et de reconstruction, notamment le principe « reconstruire en mieux » et le calcul des coûts correspondants.

L'expression « reconstruire en mieux » désigne le concept selon lequel le relèvement et la reconstruction ne doivent pas seulement viser à remettre le système de santé dans l'état où il se trouvait avant la catastrophe, mais également remédier aux vulnérabilités sous-jacentes susceptibles d'avoir amplifié les effets de la catastrophe. Reconstruire en mieux permet de renforcer la résilience du système de santé et des communautés afin qu'ils soient mieux armés contre les catastrophes futures et les risques associés dans le secteur de la santé.



PROCESSUS D'ÉVALUATION

UN PROCESSUS MULTISECTORIEL

Le processus régissant l'analyse des effets d'une catastrophe et la formulation des besoins de relèvement et de reconstruction du pays touché est multisectoriel. Les secteurs et sous-secteurs concernés sont définis par le cadre de comptabilité nationale du pays. En règle générale, les PDNA distinguent trois grands secteurs: 1) productif, 2) social et 3) infrastructures. La santé, qui couvre généralement les aspects relatifs à la nutrition, relève du secteur social, à l'instar de l'éducation, du logement et de la culture.

COORDINATION ET CONSULTATION SUR LE RELÈVEMENT

L'évaluation du secteur de la santé relève de la compétence du ministère de la Santé. Le ministre doit dans un premier temps nommer un point focal chargé de gérer le volet santé du processus d'évaluation et de relèvement. Cette personne travaillera en collaboration avec ses homologues désignés par le gouvernement, afin de créer des synergies avec les sous-secteurs en lien avec la santé. En fonction du contexte national, le processus de relèvement peut être du ressort d'une autorité nationale de gestion des catastrophes. Si le ministère de la Santé dispose d'un point focal en charge de la gestion des risques sanitaires liés aux catastrophes qui soit rattaché à l'autorité nationale de gestion des catastrophes, il sera judicieux de nommer cette personne au poste de point focal pour le relèvement.

Le point focal nommé par le ministère de la Santé mettra en place un mécanisme de coordination du relèvement du secteur favorisant la mobilisation de ressources techniques auprès des départements concernés du ministère et la consultation des autorités sanitaires infranationales. Lorsqu'un gouvernement sollicitera un appui extérieur au processus d'évaluation, le point focal en charge du relèvement recevra l'aide d'experts de l'OMS, de la Banque mondiale et de l'Union européenne. D'autres acteurs du secteur de la santé, tels que d'autres organismes des Nations Unies, des banques de développement, des donateurs, des organisations non gouvernementales, des organisations religieuses et à base communautaire, la société civile, des associations professionnelles et le secteur privé, doivent être mobilisés ou sollicités afin d'offrir une assistance technique au processus d'évaluation. Un groupe de pilotage peut être créé afin de définir clairement les rôles et responsabilités des différents acteurs. Des exemples concrets de mesures à prendre pour la gestion du processus d'évaluation, notamment les calendriers, sont présentés à l'**annexe 1**. Outre les Nations Unies, la Banque mondiale et l'Union européenne, il est important de mobiliser tous les partenaires de la santé concernés dans le processus d'évaluation, tels que d'autres organismes des Nations Unies, des banques de développement, des donateurs, des organisations non gouvernementales, des organisations religieuses et à base communautaire, la société civile, des associations professionnelles et le secteur privé.

LIEN AVEC LE MÉCANISME DE COORDINATION DU DÉVELOPPEMENT PROPRE AU SECTEUR DE LA SANTÉ

Lorsqu'un mécanisme national de coordination du développement existe déjà dans le secteur de la santé (approche sectorielle ou partenariat international pour la santé, par exemple), le point focal en charge du relèvement doit être mis en relation avec ses membres, qui doivent être consultés afin de contribuer au processus d'évaluation. Cette démarche permet d'optimiser l'harmonisation et l'alignement de la stratégie de relèvement avec la planification politique et stratégique nationale du secteur. En l'absence d'un tel dispositif, il peut être judicieux de profiter de la PDNA pour en créer un.

LIEN AVEC LA COORDINATION HUMANITAIRE

Le processus d'évaluation doit être relié à la coordination des interventions humanitaires nationales et infranationales. Depuis la réforme humanitaire de 2005, les mécanismes nationaux de coordination d'urgence bénéficient d'un soutien à travers l'approche de responsabilité sectorielle du Comité permanent interorganisations (CPI).

Il est particulièrement important de veiller à ce que la PDNA s'appuie autant que possible sur les évaluations humanitaires. Les informations recueillies pour étayer les interventions humanitaires (par exemple les données issues d'une évaluation multisectorielle initiale rapide [MIRA] ou d'un système de cartographie des ressources sanitaires disponibles [HeRAMS]) sont également indispensables pour guider l'évaluation et la stratégie de relèvement.

CADRE D'ÉVALUATION

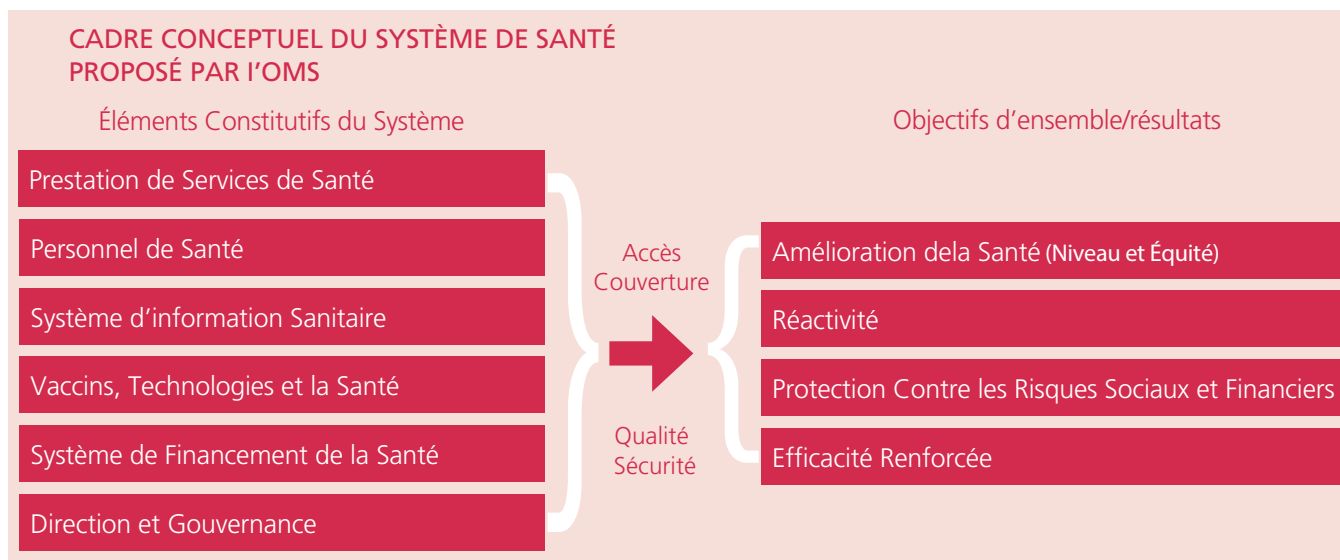
S'il s'aligne sur les autres secteurs évalués dans le cadre de la PDNA, le secteur de la santé se fonde néanmoins sur les cadres et les méthodes d'évaluation propres au système sanitaire. Cette section décrit de quelle manière les cadres existants peuvent servir à identifier les aspects à évaluer en vue d'étayer les différentes composantes de la PDNA.

CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SANTÉ

L'OMS, dans son « Rapport sur la santé dans le monde » de 2000 et son cadre d'action pour le renforcement des systèmes de santé « *Everybody's Business: Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes* » (2007), définit le secteur de la santé comme un système qui regroupe l'ensemble des organisations, des personnes et des « activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé ». Cette définition inclut par conséquent les efforts visant à agir sur les déterminants de la santé et les activités plus directement axées sur l'amélioration de la santé.

Selon l'OMS, le cadre conceptuel d'un système de santé se compose de six éléments constitutifs fortement interdépendants:

- **Prestation de services de santé:** offres de services; modèles de prestation; infrastructures; gestion; sécurité et qualité; demande de soins
- **Personnel de santé:** politiques et plans d'investissement nationaux en matière de personnel; sensibilisation; règles, normes et données
- **Système d'information sanitaire:** systèmes d'information et de surveillance basés sur les centres de soins et la population; normes mondiales, outils
- **Vaccins, technologies et produits médicaux:** règles, normes, politiques; fiabilité de l'approvisionnement; équité de l'accès; qualité
- **Système de financement de la santé:** politiques nationales de financement de la santé; outils et données sur les dépenses de santé; établissement des coûts
- **Direction et gouvernance:** politiques relatives au secteur de la santé; harmonisation et alignement; surveillance et réglementation



CADRE D'ÉVALUATION ET D'ANALYSE DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Les analyses du secteur de la santé reposent sur le cadre conceptuel présenté ci-dessus. Ce dernier est utilisé dans une matrice d'évaluation et d'analyse qui permet à l'équipe chargée du relèvement du secteur de la santé :

1. De déterminer les données de référence; réaliser une évaluation systématique de l'évolution de l'épidémiologie relative à la charge de morbidité; définir la performance des principaux programmes de santé
2. D'identifier les six éléments constitutifs du système de santé

L'évaluation s'intéresse aux biens, aux acteurs et aux processus généralement concernés par le secteur et étudie la façon dont ils ont pu être touchés par la catastrophe. Cette démarche permet d'analyser l'impact que peuvent exercer les performances et les contraintes préexistantes sur le rétablissement de l'accès aux services essentiels, la satisfaction des nouveaux besoins de santé et l'identification des priorités pour reconstruire en mieux. L'utilisation du cadre conceptuel comme point de départ permet de relier la planification du relèvement aux plans nationaux de développement de la santé à long terme.

DOMAINES D'INTERVENTION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Concernant la prestation de services, l'OMS a répertorié un certain nombre de domaines d'intervention dans le secteur de la santé¹:

1. Services cliniques généraux et soins essentiels en traumatologie
2. Santé de l'enfant (dont traitement de la malnutrition)
3. Maladies transmissibles
4. Santé sexuelle et génésique (dont IST et VIH/sida, santé maternelle et néonatale et violence sexuelle)
5. Maladies non transmissibles et santé mentale
6. Santé environnementale

Ces domaines représentent les principales branches de la santé qu'il convient de prendre en compte lors de la conduite d'une évaluation. Par exemple, lors de la détermination de la charge de morbidité préexistante, l'utilisation des domaines d'intervention permet de s'assurer que toutes les morbidités potentielles sont prises en compte puis analysées afin de comprendre dans quelle mesure elles ont été affectées par la catastrophe. Il est

¹ Voir p. 85: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/health_cluster_guide_6apr2010_fr_web.pdf

également nécessaire d'évaluer la performance des programmes de lutte contre la morbidité et les risques sanitaires associés à ces domaines, et de s'intéresser à la façon dont ils ont été affectés par la catastrophe.

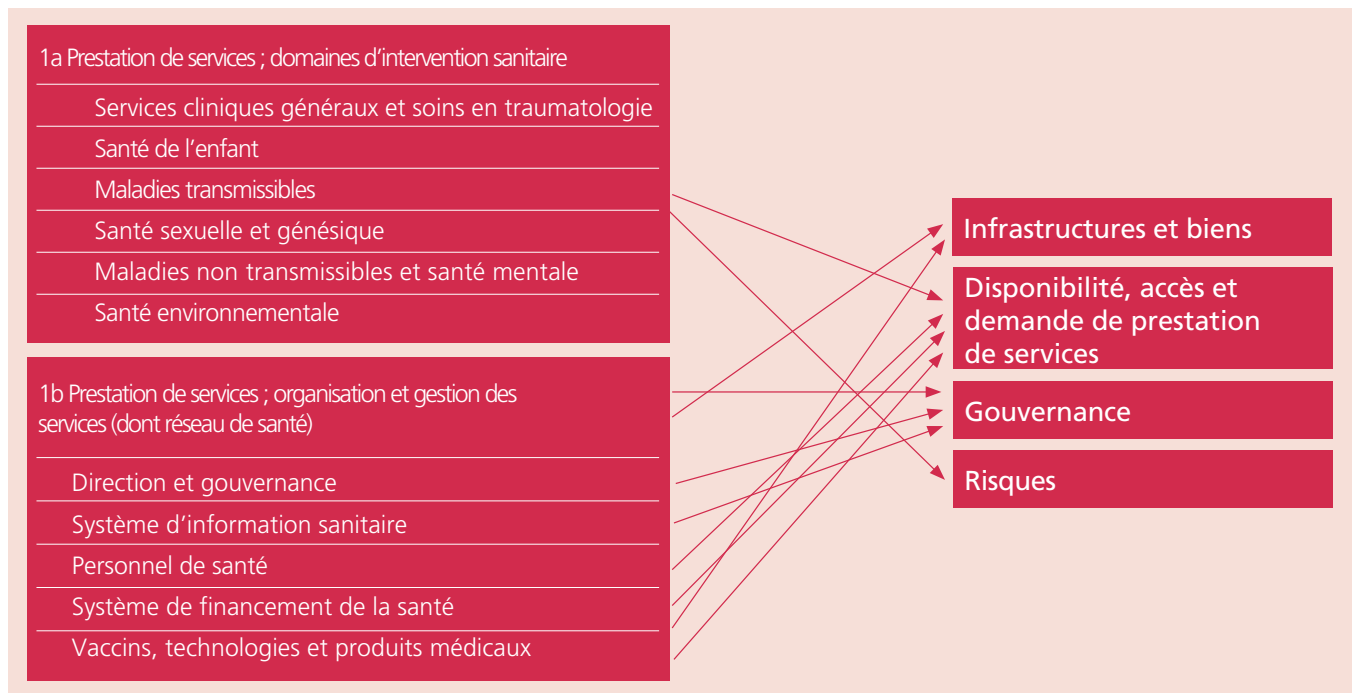
RISQUES POUR LA SANTÉ ET LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

Les domaines d'intervention du secteur de la santé peuvent également être utilisés pour décrire les risques préexistants contribuant à la charge de morbidité associée. Ainsi, pour la santé de l'enfant, on recherchera les données relatives à la couverture vaccinale qui, si elle est faible, risquera de favoriser une épidémie de rougeole. De la même façon, les variations saisonnières du paludisme et l'incidence des maladies diarrhéiques peuvent être influencées par des changements environnementaux, comme c'est souvent le cas après des inondations ou de fortes pluies. Afin de déterminer l'effet de la catastrophe sur les risques sanitaires, l'analyse doit s'intéresser à la façon dont ces risques et déterminants ont été affectés par la catastrophe, et chercher à savoir si celle-ci a favorisé l'émergence de nouveaux risques pour la santé.

LIEN ENTRE LE CADRE CONCEPTUEL DU SYSTÈME DE SANTÉ ET LES QUATRE COMPOSANTES DE L'ÉVALUATION

L'utilisation des six éléments constitutifs du cadre conceptuel du système de santé et des six domaines d'intervention du secteur garantit la prise en compte systématique de tous les aspects importants liés à la santé et au secteur sanitaire. L'association de l'évaluation au cadre conceptuel permet de rattacher la planification du relèvement aux plans nationaux de développement de la santé à long terme.

Le schéma ci-dessous présente les liens qui unissent les éléments du cadre conceptuel et les domaines d'intervention du secteur de la santé aux quatre composantes d'une évaluation des besoins post-catastrophe: 1) infrastructures; 2) prestation de services; 3) gouvernance; et 4) risques.



Les composantes du cadre conceptuel et les domaines d'intervention du secteur de la santé aident l'équipe d'évaluation à collecter les informations se rapportant aux grands chapitres des rapports d'évaluation sectoriels: aperçu du secteur et données de référence, effets de la catastrophe et besoins de relèvement et de reconstruction.

En associant ces différents éléments, l'équipe d'évaluation ne néglige aucun des aspects, acteurs et processus composant le secteur de la santé, et tient compte de la façon dont ils ont pu être affectés par la catastrophe. Cette démarche permet également d'analyser l'impact que peuvent exercer les performances et les contraintes préexistantes du système de santé sur le rétablissement de l'accès aux services essentiels, la satisfaction des nouveaux besoins de santé et l'identification des priorités pour reconstruire en mieux.

L'annexe 2 fournit des exemples de données de référence, d'indicateurs, d'effets courants des catastrophes, de difficultés, de contraintes et d'interventions d'urgence et de relèvement à moyen et long terme en s'appuyant sur les six domaines d'intervention du secteur de la santé et les six éléments constitutifs du cadre conceptuel.

ÉVALUATIONS

DONNÉES ET SYSTÈMES D'INFORMATION EXISTANTS

Les méthodes de collecte des données déployées aux fins du relèvement du secteur de la santé doivent être considérées comme faisant partie des processus généraux de gestion de l'information sanitaire, afin de soutenir les différentes composantes des phases de gestion de la catastrophe (préparation, planification, intervention et relèvement).

Les évaluations et les informations nécessaires au relèvement doivent s'appuyer sur des données recueillies avant la catastrophe, issues des systèmes classiques de gestion de l'information sanitaire et d'autres rapports disponibles tels que les enquêtes démographiques et de santé (EDS). Elles doivent ensuite être intégrées à un dispositif de suivi des performances du système de santé également capable de mesurer la progression des interventions humanitaires et des activités de relèvement.

La portée et le niveau de détail de l'évaluation du secteur de la santé sont limités par le peu de temps imparti à sa réalisation. Lorsque cela est possible, l'équipe devra se fonder sur des données probantes. Toutefois, elle pourra également s'en remettre à l'avis de ses experts en ce qui concerne la validité et la fiabilité des estimations. En particulier, s'agissant de l'estimation des coûts des dommages, des pertes et de la planification du relèvement, les hypothèses retenues et les coûts unitaires utilisés dans les calculs devront être explicités dans un document distinct (**voir les annexes 3 et 4**).

DONNÉES PRIMAIRES ET SECONDAIRES

L'évaluation s'appuie à la fois sur des données primaires et secondaires, et l'analyse repose sur les meilleures données et preuves disponibles, complétées par les avis de professionnels.

L'équipe d'évaluation doit commencer par examiner l'ensemble des données secondaires disponibles, comme celles déjà recueillies dans le cadre des interventions humanitaires, puis déterminer quelles informations supplémentaires doivent être collectées spécialement aux fins de l'évaluation des besoins post-catastrophe.

La collecte des données primaires se limite généralement à un certain nombre de visites sur le terrain soigneusement préparées visant à vérifier les hypothèses basées sur l'examen des données secondaires et à recueillir le point de vue des autorités sanitaires et des communautés des zones concernées.

SOURCES DE L'ÉVALUATION

Compte tenu du fait qu'il n'existe pas une seule source ni une seule méthode capable de fournir toutes les informations nécessaires, l'évaluation des besoins post-catastrophe repose sur l'application de diverses méthodes d'évaluation. Les principales sources utilisées sont les suivantes: informateurs clés (issus du ministère de la Santé et des partenaires de développement), discussions de groupe avec les acteurs et les spécialistes concernés, systèmes d'information basés sur les centres de santé, observations. Ces sources peuvent être complétées par des enquêtes sur la performance des centres de santé et des enquêtes de population.

Lorsque les enquêtes constituent une méthode d'évaluation adaptée, l'échantillonnage devra être raisonné au cours des phases initiales, puis représentatif lors des phases suivantes (*voir Groupe de travail d'évaluation des besoins du Comité permanent interorganisations, 2012, « Guide opérationnel pour la coordination des évaluations lors de crises humanitaires »*). **L'annexe 5** fournit un exemple de données à recueillir auprès des autorités sanitaires du district sur les effets de la catastrophe afin d'évaluer les dommages et les pertes.

L'équipe doit veiller à favoriser la participation à l'évaluation des femmes et des hommes des communautés touchées. Il convient de respecter la parité hommes-femmes au sein de l'équipe d'évaluation chargée des entretiens, mais également parmi les informateurs et les participants aux discussions de groupe. Le cas échéant, il est possible de mener des entretiens privés avec d'un côté des hommes et de l'autre des femmes, en accordant une attention particulière à l'heure et au lieu fixés pour l'évaluation afin d'assurer une participation égale des deux sexes. Les besoins, les priorités et les intérêts des femmes et des hommes de tous âges ainsi que ceux des sous-groupes de population doivent être identifiés dans le cadre d'une analyse par sexe et par âge réalisée à partir

de la collecte systématique des données et des indicateurs qualitatifs ventilés par sexe et par âge, des sources d'informations qualitatives et des consultations et entretiens menés auprès des femmes et des hommes dans les communautés et auprès des acteurs concernés.

RESSOURCES ET DOCUMENTS À CONSULTER

Voici les principaux documents et ressources qui fourniront des informations pertinentes pour l'établissement des données de référence, l'identification des contraintes préexistantes pesant sur le système de santé et la détermination des priorités de relèvement:

- Système d'information statistique de l'OMS (voir: www.who.int/whosis/en/)
- Statistiques nationales et rapports du système de gestion de l'information sanitaire (notamment taux de morbidité des maladies fréquentes dans le pays et la zone touchée au cours des cinq dernières années)
- Politiques sanitaires nationales et études annuelles du secteur de la santé
- Plans nationaux de préparation aux catastrophes
- Données disponibles auprès du ministère de la Santé concernant l'emplacement et la capacité (nombre de lits, taux de consultation, etc.) du réseau d'infrastructures sanitaires publiques et privées, les normes applicables aux établissements de santé, les équipements et services et les coûts unitaires qui y sont associés
- Description du système de gestion sanitaire, notamment ses sources de financement (existe-t-il des soins médicaux gratuits pris en charge par le gouvernement ou bien les personnes doivent-elles les régler elles-mêmes et/ou par le biais d'une assurance médicale ?), et crédits budgétaires gouvernementaux annuels
- Coût unitaire des services fournis (notamment les écarts de prix unitaires entre le secteur public et le secteur privé): coût d'une consultation externe, frais d'hospitalisation/jour, etc.
- Enquêtes démographiques et de santé et enquêtes par grappes à indicateurs multiples
- Évaluation et cartographie des vulnérabilités et des risques
- Sites Internet de la Banque mondiale et des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) du PNUD
- Évaluations humanitaires et rapports de surveillance (MIRA, évaluations des risques pour la santé publique, systèmes d'alerte précoce pour les maladies)
- Stratégies de santé de l'Appel éclair du CPI et/ou plan stratégique d'intervention humanitaire
- Rapports de situation humanitaire généraux et relatifs au secteur de la santé (tableau de bord humanitaire)

Pour en savoir plus sur les indicateurs couramment utilisés dans le secteur de la santé:

- www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf
- www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html
- http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/fr/

Pour en savoir plus sur les méthodes d'évaluation de l'action humanitaire dans le secteur de la santé, veuillez consulter le « Guide Responsabilité Sectorielle Santé » de l'OMS: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/

PRODUITS DU SECTEUR SANTÉ À INTÉGRER AU RAPPORT D'ÉVALUATION CONSOLIDÉ

L'évaluation du secteur de la santé doit donner lieu à deux produits qui seront intégrés au rapport consolidé d'évaluation des besoins post-catastrophe. Le premier est une synthèse ne dépassant généralement pas trois ou quatre pages. Le deuxième est un rapport plus détaillé de 15 à 20 pages portant sur l'évaluation et la stratégie de relèvement. Habituellement, ce rapport comporte un ensemble de tableaux ou d'annexes (**voir les annexes 6 et 7**). Le délai nécessaire à la mise en œuvre de la stratégie de relèvement, fixé par le gouvernement, est généralement compris entre deux et cinq ans. Le deuxième produit, plus exhaustif, peut servir de base à l'examen et à la révision, le cas échéant, des plans sanitaires élaborés par les provinces et les districts des zones touchées.

Vous trouverez des exemples d'évaluations post-catastrophe et de plans de relèvement du secteur de la santé sur les sites Internet de la Banque mondiale (www.gfdr.org/node/118) et du Programme international de relèvement (www.recoveryplatform.org/resources/tools_and_guidelines).

ÉQUIPE D'ÉVALUATION

L'équipe d'évaluation du secteur de la santé est dirigée par le ministère de la Santé. Elle se compose de professionnels de différents horizons, selon les besoins de l'évaluation, et doit être appuyée par des experts issus d'organisations internationales. En règle générale, l'équipe doit rassembler des spécialistes de la santé publique et des systèmes de santé, notamment des médecins et des épidémiologistes, mais également des architectes ou des ingénieurs civils (capables d'estimer la valeur des dommages occasionnés aux infrastructures sanitaires), ainsi que des économistes de la santé en mesure d'estimer la valeur des pertes de production. En fonction des zones touchées par la catastrophe, il conviendra d'impliquer les autorités sanitaires infranationales dans l'évaluation afin de garantir l'accès à l'information à tous les niveaux et de recueillir leur point de vue sur la stratégie de relèvement.

La composition de l'équipe doit respecter la parité hommes-femmes. Un membre de l'équipe doit être désigné comme point focal pour les questions de genre. Il ou elle sera chargé(e) de coordonner les résultats de l'évaluation avec les autres équipes et avec le conseiller sur les questions de genre. Cette personne devra posséder une expérience préalable en matière d'intégration systématique des questions de genre dans le secteur de la santé. Les partenaires de développement sanitaire apporteront leur concours à l'évaluation du relèvement sanitaire. Un comité de pilotage composé des principaux intéressés peut être créé afin de superviser le processus de relèvement de la santé et de garantir la bonne consultation des partenaires. Compte tenu de la contribution significative du secteur privé aux infrastructures sanitaires et à la capacité de prestation de services qui en résulte dans de nombreux pays, il conviendra également de prendre les dispositions nécessaires afin d'en mobiliser des représentants.

Il convient d'assurer le transport de l'équipe d'évaluation afin de lui permettre d'effectuer les visites sur le terrain nécessaires à l'observation directe et à la consultation des autorités sanitaires locales et des responsables des établissements de santé touchés. Les partenaires de développement seront invités à contribuer aux déplacements nécessaires à l'évaluation, afin de permettre aux autorités nationales de mobiliser leurs capacités de transport pour l'intervention d'urgence.

DONNÉES DE RÉFÉRENCE ET ÉTAT DES LIEUX AVANT LA CATASTROPHE

Cette section explique comment réaliser un état des lieux et établir des données de référence préalables à la catastrophe. Elle détaille par ailleurs les principales questions à traiter dans le cadre des quatre composantes de l'évaluation.

L'estimation des effets d'une catastrophe sur le secteur de la santé doit impérativement s'appuyer sur l'examen des éléments qui le caractérisaient avant l'événement. Il convient donc de calculer le coût unitaire moyen des différentes composantes de l'évaluation dans les données de référence. La plupart de ces informations doivent être disponibles avant la survenue de la catastrophe et intégrées au processus de gestion des risques de catastrophe et de préparation.

Cette section souligne les principaux obstacles et difficultés antérieurs à la catastrophe en matière de prestation de services. D'autres exemples sont présentés à l'**annexe 2**, dans la colonne intitulée « Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe ».

CONTEXTE

L'établissement des données de référence commence par une analyse du contexte qui doit décrire:

- L'état de développement du pays (par exemple, rang de l'indice de développement humain et chapitre relatif à la santé des stratégies de réduction de la pauvreté);
- Les progrès accomplis par le pays dans la réalisation des OMD;
- Le contexte politique.

INFRASTRUCTURES ET BIENS

Les données de référence décrivent les infrastructures et les biens liés au secteur de la santé énumérés ci-dessous. Elles doivent inclure les informations relatives aux secteurs public, privé à but non lucratif et privé à but lucratif.

- Description du réseau de santé, notamment les emplacements, niveaux (communautaire, primaire, secondaire et tertiaire) et mécanismes d'orientation du système de santé.
- Nombre et types d'infrastructures sanitaires aux différents niveaux (tirés par exemple des évaluations sur la disponibilité et la préparation des services).
- Description des infrastructures matérielles, notamment des installations des programmes de santé verticaux, des instituts de santé publics, des laboratoires, des usines et des entrepôts pharmaceutiques.
- Logistique du système de santé (p. ex., transport des patients et des produits pharmaceutiques).
- Infrastructures administratives des autorités sanitaires.
- Les infrastructures scolaires et universitaires nécessaires à la formation des agents de santé relèvent généralement de l'enseignement supérieur, couvert par le sous-secteur Éducation.

PRESTATION, DISPONIBILITÉ ET ACCESSIBILITÉ DES SERVICES

Les données de référence relatives à la prestation de services doivent décrire:

- Les principaux indicateurs de l'état de santé et de la couverture sanitaire correspondant aux domaines d'intervention du secteur, y compris le taux de morbidité des maladies liées à la catastrophe;

- Les cinq schémas de mortalité et de morbidité principaux;
- L'état et la progression des indicateurs des OMD;
- La disponibilité et la couverture des programmes de services de santé essentiels;
- La disponibilité et la couverture des services fournis par les différents programmes de santé et la mise en corrélation avec les indicateurs de l'état de santé ventilés par âge et par sexe, le cas échéant;
- Les indicateurs clés liés aux ressources humaines pour la santé, au financement de la santé et aux technologies et produits médicaux; les principaux obstacles rencontrés lorsque ces facteurs affectent la prestation de services;
- L'accès, tel que défini par les taux de couverture et d'utilisation et déterminé par l'accessibilité financière, les barrières financières, géographiques ou culturelles et/ou la qualité des soins.

GOUVERNANCE

Les données de référence relatives aux modalités de gouvernance du système de santé doivent décrire:

- L'organisation, les modalités de gestion et les fonctions réglementaires des autorités sanitaires;
- Les sources et mécanismes de financement du secteur de la santé;
- La vision présentée par les plans stratégiques nationaux pour la santé et les objectifs de réforme du secteur sanitaire;
- Les mécanismes de gouvernance participative relatifs à la prestation des services de santé et les processus en place à tous les niveaux (du niveau national au niveau communautaire), y compris les procédures de plainte des patients;
- Les lois et réglementations relatives à l'accès et à la qualité des services de santé, notamment celles portant spécifiquement sur les catastrophes;
- Les mécanismes de coordination du développement, de l'action humanitaire et de la gestion des risques de catastrophe;
- Les plans de préparation du secteur sanitaire;
- La capacité de gestion des processus d'intervention et de relèvement en cas de catastrophe;
- Les capacités des systèmes de gestion de l'information sanitaire et d'alerte précoce.

RISQUES ET VULNÉRABILITÉS

Les données de référence antérieures à la catastrophe permettent d'analyser les risques et vulnérabilités potentiels pour la population sur le plan sanitaire. Elles décrivent:

- Les facteurs sociaux influant sur la santé susceptibles d'entraîner une marginalisation et une discrimination accrues en matière d'accès aux soins: pauvreté, origine ethnique, religion, genre, etc.;
- Les types de catastrophes et leur impact sur la santé, la présence de maladies à potentiel épidémique et les épidémies ayant touché le pays;
- Les sous-groupes de population marginalisés et/ou défavorisés présentant un profil de risque particulier (notamment la violence sexuelle et basée sur le genre).

ÉVALUATION DES EFFETS D'UNE CATASTROPHE

Cette section présente les principaux aspects à prendre en compte afin d'analyser les effets de la catastrophe sur la santé et les performances du secteur relatives aux quatre éléments clés de la PDNA, aussi bien dans le secteur public que privé, ainsi que les mesures directes à prendre afin d'atténuer ces effets. Elle décrit également les mesures à mettre en œuvre immédiatement après la catastrophe pour faire face à ses conséquences.

Dans **l'annexe 2**, la colonne intitulée « effets de la catastrophe » fournit quelques exemples supplémentaires d'effets des catastrophes sur les éléments constitutifs du système de santé et les domaines d'intervention du secteur sanitaire, suivis des actions humanitaires généralement proposées.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DE LA CATASTROPHE

L'évaluation commence par une introduction générale décrivant la catastrophe et notamment:

- Étendue géographique, population touchée, nombre de morts et de blessés, dernières évolutions en date, etc.;
- Priorités des interventions humanitaires immédiates.

EFFETS SUR LES INFRASTRUCTURES ET LES ACTIFS PHYSIQUES

La description des effets de la catastrophe sur les infrastructures et les actifs physiques du système de santé doit mentionner les éléments suivants:

- Dommages matériels occasionnés aux infrastructures du système de santé (nombre total et pourcentage par rapport aux données de référence des différents niveaux de structures de soins, qu'elles aient été partiellement ou entièrement endommagées, ventilés par unité administrative, pour les établissements privés et publics);
- Dommages matériels subis par le mobilier, les équipements et les fournitures médicales;
- Types et nombre de centres de santé temporaires créés en remplacement des établissements de santé endommagés ou dans les camps de déplacés.

EFFETS SUR LA PRESTATION, L'ACCÈS ET LA DEMANDE DE SERVICES

Les réponses apportées aux questions ci-dessous permettront d'évaluer les effets de la catastrophe sur la prestation et l'accessibilité des services et sur l'éventuelle évolution de la demande.

- Dans quelle mesure les dommages causés aux infrastructures ont-ils affecté la capacité opérationnelle des établissements et réduit la disponibilité des services de santé ?
- Quels sont les effets de la catastrophe sur les schémas de morbidité, notamment les blessures, la santé mentale (www.who.int/mental_health/emergencies/en/) et la violence sexuelle et basée sur le genre (nature et nombre de cas) ?
- Quelle est la capacité (transport et évacuations médicales notamment) des établissements de santé des zones non touchées à prendre en charge les traumatismes, les violences sexuelles et basées sur le genre et les blessures ?
- De quelle manière les mouvements de population influent-ils sur la charge de travail des établissements de santé des zones non touchées accueillant des personnes déplacées ?
- Quels sont les effets directs sur les agents de santé (notamment déplacements, décès et handicaps) et les effets indirects sur la capacité à les former à faire face à l'apparition et/ou l'augmentation de la morbidité ?

- Quels sont les effets de la catastrophe sur la disponibilité des produits pharmaceutiques ?
- De quelle façon la catastrophe affecte-t-elle l'accès aux services de santé des femmes et des hommes, tous âges et sous-groupes confondus, au sein de la population touchée ?
- De quelle façon la catastrophe a-t-elle altéré la « capacité de payer » l'accès aux services de santé des ménages touchés et de ceux ayant perdu leurs moyens de subsistance ?
- Existe-t-il de nouvelles barrières géographiques limitant l'accès aux établissements de santé fonctionnels ?
- Les décès, les blessures, les déplacements et les migrations provoqués par la catastrophe sont susceptibles de modifier la composition des ménages. La mobilité et les niveaux d'accès et de contrôle des revenus étant différents chez les femmes et les hommes, il convient d'accorder une attention particulière à l'accès aux services des ménages dirigés depuis peu par des femmes, des personnes âgées ou des enfants.

EFFETS SUR LA GOUVERNANCE ET LES PROCESSUS SOCIAUX

L'équipe d'évaluation analysera la façon dont la catastrophe a affecté la gouvernance et les processus sociaux propres au secteur de la santé en examinant les questions suivantes:

- De quelle façon la catastrophe a-t-elle affecté la capacité des autorités sanitaires à administrer les services de santé ?
- De quelle façon la catastrophe a-t-elle affecté la capacité des autorités sanitaires à coordonner l'action humanitaire et le processus de relèvement ?
- Quels moyens les organismes d'aide internationale apportent-ils à l'action humanitaire, et comment peuvent-ils être utilisés pour soutenir le processus de relèvement ?
- Les systèmes de gestion de l'information sanitaire ont-ils été touchés par la catastrophe, et les autorités sanitaires sont-elles en mesure de mettre en place des systèmes d'alerte précoce ?

EFFETS SUR LES RISQUES ET LES VULNÉRABILITÉS

Lors de l'analyse des effets de la catastrophe sur les risques et les vulnérabilités, l'équipe devra veiller à accorder une attention particulière à l'état de santé des enfants, des femmes enceintes et allaitantes et des personnes âgées, handicapées et atteintes de maladies de longue durée ou chroniques.

- Quel est l'impact de la catastrophe sur la santé des femmes et des hommes, tous âges et sous-groupes confondus, au sein de la population affectée ?
- La catastrophe a-t-elle eu des répercussions sur les risques sanitaires préexistants ?
- Quels sont les nouveaux risques pour la santé provoqués par la catastrophe auxquels les femmes et les hommes de tous âges, les ménages et les communautés sont susceptibles d'être confrontés ?
- Quels sont les risques accrus de transmission des maladies contagieuses (p. ex., maladies diarrhéiques, paludisme, rougeole, tuberculose), mais également les risques sanitaires dus à l'interruption des services d'urgence et réguliers tels que les services de soins obstétricaux d'urgence, ainsi que les risques liés aux maladies chroniques et non transmissibles (p. ex., VIH, maladies cardiovasculaires, diabète, cancer, etc.) ?
- La catastrophe a-t-elle exposé la population à des violences sexuelles et basées sur le genre ? (La violence sexuelle et basée sur le genre est susceptible de s'aggraver après une catastrophe ou pendant une crise).

PERTES ET DOMMAGES DUS À LA CATASTROPHE

Cette section donne des indications sur la manière d'estimer la valeur des pertes et des dommages causés au secteur de la santé par la catastrophe. Cette évaluation porte sur les effets de la catastrophe entraînant des répercussions financières: dommages aux infrastructures et aux biens, pertes résultant des variations financières liées aux infrastructures, à la prestation de services, à la gouvernance et aux risques. Les pertes et les dommages doivent être ventilés en fonction du secteur (public ou privé) des établissements touchés.

DOMMAGES

L'analyse des dommages s'intéresse aux infrastructures sanitaires telles que les hôpitaux, les centres de santé et les autres établissements liés au secteur de la santé, notamment les bâtiments administratifs des autorités sanitaires, les équipements, le mobilier et les fournitures médicales. Les dommages correspondent à la valeur des actifs physiques durables détruits (bâtiments, équipement et machines), remplacés selon des caractéristiques et des normes identiques à celles d'avant la catastrophe. En principe, l'évaluation des dommages occasionnés aux infrastructures est réalisée par établissement, généralement à partir d'une estimation détaillée du nombre de mètres carrés endommagés (selon la ventilation suivante: toiture, sols, murs, etc.), en précisant le coût unitaire moyen de la réparation au mètre carré.

Lorsque le nombre d'établissements de santé endommagés dans la zone touchée par la catastrophe est trop élevé et ne permet pas d'évaluer tous les établissements séparément, on estime le nombre d'établissements de santé partiellement endommagés et entièrement détruits. L'estimation pourra alors reposer sur les rapports des autorités sanitaires infranationales et les évaluations préliminaires de la situation humanitaire. Elle utilisera la valeur estimative moyenne calculée à partir des standards applicables à chaque type d'infrastructure et les coûts moyens de réparation et de remise en état des établissements partiellement endommagés, par type. Il en ira de même pour les fournitures, l'équipement et le mobilier endommagés. En principe, cette estimation doit reposer sur une évaluation détaillée de chaque établissement de santé au regard des inventaires réalisés avant la catastrophe. Cependant, lorsque le nombre d'établissements de santé touchés est élevé, il convient de réaliser des estimations moyennes, par exemple sous forme de pourcentage du total des coûts de remplacement par rapport aux standards nationaux.

PERTES

Les pertes désignent les variations des flux économiques du secteur dues à l'absence temporaire d'infrastructures et de biens et à l'augmentation ou l'apparition de la demande d'interventions médicales au sein de la population touchée. Elles correspondent à la variation des coûts d'exploitation liés à la prestation des soins de santé après la catastrophe. En règle générale, après une catastrophe, les coûts d'exploitation incluent des dépenses plus élevées, supérieures aux crédits budgétaires normalement alloués à la santé, et des recettes plus faibles. La plupart des interventions donnant lieu à des dépenses accrues sont celles qui sont gérées comme des opérations humanitaires visant à répondre aux conséquences immédiates sur la santé et aux risques sanitaires qui menacent la population touchée.

Il est important de déterminer le délai nécessaire à la remise en état et à la reconstruction des établissements de santé, non seulement pour planifier la reconstruction, mais également pour tenir compte des pertes qui surviendront jusqu'à l'achèvement de la reconstruction, et/ou mettre en place des mesures de prévention et de lutte contre les épidémies afin de ramener les risques sanitaires à des niveaux comparables à ceux d'avant la catastrophe. **L'annexe 7** fournit un tableau permettant de planifier les actions de relèvement dans le temps.

Il convient de créer un document expliquant la méthode utilisée pour estimer les coûts unitaires ainsi que les hypothèses retenues pour calculer les dommages et les pertes. Pour plus de précisions sur la méthode de calcul des coûts des dommages et des pertes, voir Banque mondiale, Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement, 2010, « Évaluation des dommages, des pertes et des besoins. Notes d'orientation », vol. 2.

EXEMPLES

Le tableau 1 ci-dessous présente des exemples types de dommages et de pertes. Les **annexes 3 et 4** fournissent des exemples de tableaux pouvant servir à déterminer les coûts unitaires de référence et les hypothèses relatives aux dommages et aux pertes du secteur de la santé figurant dans les rapports sectoriels d'évaluation.

Tableau 1: Éléments caractéristiques entrant dans l'évaluation des dommages et des pertes

Dommages	Variations des flux
<p>Infrastructures et biens</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bâtiments ventilés par niveaux: communautaire, tertiaire, secondaire et primaire (hôpitaux, centres de santé, cliniques, dispensaires, centrales d'achat, postes sanitaires, banques du sang, laboratoires, etc.) • Équipement et mobilier • Fournitures médicales • Transport et logistique, ambulances, etc. • Infrastructures du ministère de la Santé au niveau national et infranational <p>Remarques:</p> <p>Les ambulances relèvent des établissements secondaires et tertiaires.</p> <p>Les usines pharmaceutiques relèvent du secteur industriel.</p> <p>Les écoles et les universités de formation des agents de santé relèvent généralement des établissements d'enseignement supérieur, couverts par le sous-secteur Éducation. L'aptitude réduite à renforcer les capacités des agents de santé peut constituer un obstacle à la prestation de services.</p>	<p>1. Augmentation des dépenses liées: aux infrastructures</p> <ul style="list-style-type: none"> • enlèvement des déchets, des boues et des autres matériaux présentant un danger biologique dans les établissements détruits ou endommagés • création de centres de santé temporaires ou de cliniques mobiles dans les camps de déplacés ou à proximité des établissements endommagés en attendant leur reconstruction • à la prestation des services et à leur accessibilité • prise en charge d'un nombre accru de patients en raison de l'apparition et/ou de la multiplication des risques sanitaires • coût supplémentaire par patient pris en charge dans les centres de santé temporaires • traitement médical de longue durée des personnes handicapées et prise en charge psychologique des personnes touchées <p>À la gouvernance</p> <ul style="list-style-type: none"> • coûts liés à l'augmentation des besoins de coordination, appui à la capacité de gestion des services • coût de rétablissement des systèmes d'alerte précoce <p>À la réduction des risques</p> <ul style="list-style-type: none"> • dépenses supplémentaires liées à la surveillance et au contrôle des épidémies éventuelles • campagnes de prévention, vaccination, lutte antivectorielle, etc. • campagnes de promotion de la santé <p>2. Perte de recettes due à:</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'interruption de la prestation de services au sein des établissements endommagés pendant la période de remise en état et/ou de reconstruction; • l'incapacité temporaire des individus à payer les cotisations d'assurance maladie; • la suspension temporaire des frais de santé pour la population touchée.

IMPACT MACRO-ÉCONOMIQUE

L'analyse de l'impact macro-économique comporte une estimation des effets probables de la catastrophe sur la performance économique et les déséquilibres macro-économiques passagers susceptibles d'en découler, ainsi que sur la baisse temporaire de l'emploi, des revenus et du bien-être des particuliers et des ménages. Afin de mesurer l'impact de la catastrophe sur les variables macro-économiques, on examine généralement le produit intérieur brut, la balance des paiements et la fiscalité après la catastrophe. Pour le secteur de la santé, il est possible d'analyser également l'impact du coût des dommages et des pertes par rapport au total des dépenses de santé.

L'équipe Santé doit fournir les valeurs estimatives suivantes à l'équipe chargée d'analyser l'impact économique:

- Nombre accru de prestations de soins fournies aux patients et nombre moindre d'interventions chirurgicales réalisées suite à la catastrophe. Ces données serviront à estimer l'impact de la catastrophe sur la valeur et la croissance du produit intérieur brut.
- Coût accru du suivi des taux croissants de morbidité et des mesures préventives mises en place suite à la catastrophe. Ces données serviront à estimer l'impact de la catastrophe sur la valeur et la croissance du produit intérieur brut.
- Estimation des articles nécessaires au relèvement (liés notamment aux activités de prévention et d'atténuation du secteur de la santé) devant être importés en raison de l'absence de production locale. Ces informations serviront à analyser l'impact sur la balance des paiements.
- Part estimée des coûts de reconstruction du secteur de la santé imputable aux importations en raison de l'absence de production locale, exprimée sous forme de pourcentage du total des besoins de reconstruction estimés. Ces informations serviront à analyser l'impact sur la balance des paiements.
- Valeur totale de l'augmentation des dépenses et de la baisse des recettes gouvernementales supérieures aux crédits ouverts au titre du budget ordinaire. Ces informations serviront à analyser l'impact sur la fiscalité.
- Valeur estimative des coûts supérieurs à la normale à déboursier afin d'obtenir un traitement ou des soins médicaux. Ces informations serviront à analyser l'impact sur les particuliers et les ménages.

IMPACT SUR LE DÉVELOPPEMENT HUMAIN

L'impact sur le développement humain correspond à l'écart entre les niveaux de développement humain avant et après la catastrophe qui en résulte directement. Il désigne l'impact sur la qualité de vie humaine à moyen et à long terme mesuré par des indices tels que l'Indice de développement humain, l'Indice d'inégalité de genre, l'Indice de pauvreté multidimensionnelle, les OMD et/ou les nouveaux objectifs de développement durable.

Afin d'estimer l'impact de la catastrophe sur le développement humain, il convient d'analyser:

- Les performances des composantes du développement humain avant la catastrophe en s'appuyant sur des données de référence antérieures à la crise (tendances du développement humain avant la catastrophe, notamment les principales difficultés, et caractéristiques principales des politiques mises en œuvre avant la crise ayant eu des répercussions sur l'état de développement humain des populations touchées);
- Les conséquences des effets de la catastrophe, en précisant les répercussions à court, moyen et long terme au moyen de scénarios de statu quo et de scénarios pessimistes et/ou optimistes, à partir des performances précédemment enregistrées en l'absence de catastrophe, en utilisant des hypothèses clairement formulées.

Pour le secteur de la santé, l'équipe d'évaluation pourra également s'intéresser aux objectifs de développement définis dans les documents de politique nationale relatifs à la santé, puis analyser dans quelle mesure ils ont été affectés par la catastrophe. Souvent, ces documents font référence aux buts fixés par le pays en vue d'atteindre les OMD relatifs à la santé.

Plusieurs indicateurs relatifs aux OMD liés à la santé (OMD 4, 5 et 6) sont difficiles à mesurer sur de courtes périodes. Les systèmes d'information sanitaire peuvent ne pas fournir les données nécessaires ventilées par niveau pour les districts concernés, telles que les taux de mortalité maternelle et de l'enfant. Toutefois, les données relatives à d'autres indicateurs des OMD comme la couverture vaccinale contre la rougeole, la couverture des soins prénatals ou les patients atteints du VIH, de la tuberculose ou du paludisme ayant accès à un traitement, font partie des informations types à inclure dans une évaluation des besoins post-catastrophe dans le secteur de la santé. L'utilisation de ces données pour estimer l'impact de la catastrophe sur les OMD reste néanmoins complexe.

La disponibilité des services et l'accès aux programmes de santé sont souvent interrompus pendant et après la catastrophe, généralement pour une courte durée. Les services peuvent être rapidement rétablis par les autorités sanitaires. Lorsque la perception des frais de santé est suspendue pour les populations touchées et que les services de santé reçoivent l'appui d'organismes d'aide internationale, l'accès aux services peut s'avérer meilleur qu'avant la catastrophe.

LIENS INTERSECTORIELS ET THÈMES TRANSVERSAUX

Des discussions **intersectorielles** doivent être organisées à toutes les étapes de la PDNA. Il convient de décider d'un certain nombre de normes, en particulier concernant les aspects fondamentaux tels que les frontières administratives, les noms de lieux et quelques-unes de leurs caractéristiques principales comme la démographie, afin de comparer les données et de réaliser des analyses intersectorielles.

Les spécialistes de la santé doivent travailler en étroite collaboration avec les spécialistes des secteurs en rapport avec la santé: santé environnementale (eau et assainissement), sécurité nutritionnelle et alimentaire, logement et éducation, et questions liées à l'âge et au genre. De la même façon, ces secteurs devront prendre en compte les considérations liées à la santé. Par ailleurs, le fait de préciser les aspects du secteur de la santé couverts par d'autres secteurs permet d'éviter le double comptage.

Les thèmes transversaux en rapport avec la santé sont les suivants: situation des enfants, des femmes enceintes et allaitantes, des personnes âgées, handicapées et atteintes de maladies de longue durée ou chroniques telles que le VIH/sida. En outre, il convient également d'examiner les facteurs sociaux qui sont susceptibles d'aggraver la vulnérabilité. Il s'agit des conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent (notamment la pauvreté, l'origine ethnique et la religion). Les thèmes transversaux et les analyses portant sur le genre et l'âge sont intégrés aux quatre composantes de l'évaluation, en fonction de l'intérêt qu'ils présentent, dans le cadre des données de référence pré-catastrophe, des effets de la catastrophe ou de la stratégie de relèvement.

Les effets des catastrophes varient en fonction du genre et de l'âge, et les femmes, les hommes, les garçons et les filles peuvent avoir des ressources et des stratégies d'adaptation distinctes. Les données disponibles suggèrent qu'il existe un schéma de différenciation par le **genre et l'âge** à chaque étape du processus de gestion de la catastrophe: exposition aux risques, perception des risques, préparation, réponse, impact physique, impact psychologique, relèvement et reconstruction.

Les femmes, les personnes âgées et les enfants (en particulier les filles) peuvent être confrontés à un risque accru d'effets néfastes pour la santé et de violence du fait de leur éventuelle dépendance envers les autres, de leur mobilité réduite, etc. Ils peuvent être privés d'un accès sûr à l'aide et, par conséquent, nécessitent souvent des approches différentes en matière de secours et de relèvement. La plupart du temps, les femmes ne sont pas

suffisamment intégrées aux processus communautaires de consultation et de décision. Il en résulte que leurs besoins ne sont pas connus ni satisfaits.

Les personnes âgées peuvent être particulièrement vulnérables. Ainsi, 71 % des victimes de l'ouragan Katrina de 2005 étaient âgées de 60 ans ou plus. L'âge peut entraîner une diminution de la mobilité, de l'acuité visuelle, de l'audition et de la force musculaire, ainsi qu'une vulnérabilité accrue aux températures extrêmes. Les maladies chroniques fréquentes chez les personnes âgées (maladies coronariennes, hypertension, diabète et affections respiratoires) peuvent s'aggraver en cas d'interruption du traitement.

STRATÉGIE DE RELÈVEMENT

Cette section fournit des directives sur la façon d'élaborer et de présenter la stratégie de relèvement du secteur de la santé. Lorsque cela est possible, elle doit être alignée sur le plan de développement du secteur de la santé déjà en place dans le pays, et tenir compte des vulnérabilités antérieures à la catastrophe, de la situation post-catastrophe et des consultations menées auprès des acteurs intéressés.

VISION ET PRINCIPES DIRECTEURS

La **vision du relèvement** est élaborée conjointement au cours du processus consultatif, ce qui permet de garantir l'adhésion des principaux acteurs à la stratégie de relèvement. La vision sert à aiguiller le processus de relèvement et fixe les grandes orientations et le résultat final auquel les différents acteurs souhaitent parvenir.

L'objectif global du relèvement est de reconstruire le système de santé et de le renforcer afin qu'il puisse contribuer à réduire la morbidité et la mortalité et à améliorer l'état de santé de la population touchée par la catastrophe. Le relèvement du système de santé vise à consolider et à développer les activités humanitaires tout en corrigeant les principaux aspects du système qui ont pu contribuer aux impacts négatifs de la catastrophe sur le système de santé. Le système disposera ainsi d'infrastructures plus sûres, sera mieux préparé aux principaux risques pour la santé publique et aux catastrophes futures et fournira des services équitables et abordables pour tous. Les principales entraves à la performance du système de santé identifiées avant la catastrophe doivent être prises en compte si elles freinent également le relèvement et l'accès aux services après la catastrophe. Le cas échéant, de nouvelles analyses devront être réalisées dans le cadre de la planification du relèvement afin d'y remédier.

Le plan de relèvement doit avant tout s'appuyer sur le plan stratégique national de santé. Si ce dernier prévoit une réforme du système de santé, le plan devra être intégré au processus de relèvement.

Celui-ci permet parfois d'accélérer l'introduction des réformes du système de santé. L'enthousiasme généré par la reconstruction peut être débordant, la générosité des donateurs considérable, et la résistance au changement réduite. Toutefois, les acteurs impliqués dans l'évaluation des besoins doivent faire preuve de prudence lorsqu'il s'agit de saisir cette occasion d'introduire des réformes institutionnelles et réglementaires ou de viser des améliorations importantes sur une courte période de relèvement. Il convient de trouver un équilibre entre les objectifs de réforme et ce à quoi il est possible de parvenir dans un contexte de relèvement post-catastrophe. Si les attentes sont parfois grandes, il n'y a que peu d'éléments tendant à prouver que les grandes réformes lancées dans de telles conditions fonctionnent. Par ailleurs, il n'est pas à exclure que des consultants internationaux ou des donateurs influents cherchent à favoriser l'adoption de nouvelles stratégies politiques inadaptées ou irréalistes.

Les **principes directeurs** ci-dessous s'appliquent au processus de relèvement du secteur de la santé.

- L'engagement et le leadership du gouvernement, ainsi que son appropriation de la stratégie, sont essentiels à la réussite du relèvement du système de santé.
- Le gouvernement peut profiter du processus de relèvement pour renforcer sa capacité.

- La planification du relèvement du système de santé doit commencer au plus vite, parallèlement à l'action humanitaire.
- Les plans de relèvement du système de santé doivent refléter les priorités et les préoccupations des communautés touchées et viser en priorité les plus vulnérables et les plus touchés.
- Une approche du système de santé basée sur les six éléments constitutifs du système de santé doit être adoptée.
- Les plans de relèvement doivent rester en lien avec les processus de coordination du développement et intégrer les stratégies nationales de développement de la santé et de réduction de la pauvreté.
- La coordination avec les autres secteurs doit être constante.
- Les synergies avec les actions humanitaires doivent être maintenues tout au long du processus.
- Il est important de travailler en partenariat avec la société civile, les donateurs, les organisations non gouvernementales, la Banque mondiale, les autres organismes des Nations Unies et le secteur privé.
- La catastrophe doit être vue comme une occasion de renforcer les capacités nationales en matière de gestion et de réduction des risques de catastrophe.

BESOINS EN MATIÈRE DE RECONSTRUCTION, DE RELÈVEMENT ET D'AMÉLIORATION

Cette section donne des indications sur la manière de définir les besoins de reconstruction et de relèvement. Ces derniers découlent de l'évaluation des effets de la catastrophe sur le secteur de la santé et des besoins sanitaires des populations touchées. Pendant l'évaluation, il est important de réaliser des consultations intersectorielles afin d'éviter le double comptage des besoins et des coûts de relèvement (voir Banque mondiale, Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement, 2010, « *Évaluation des dommages, des pertes et des besoins. Notes d'orientation* », vol. 3).

L'analyse des besoins de relèvement et de reconstruction vise à rétablir la situation telle qu'elle existait avant la catastrophe, au minimum, et à identifier les besoins et les possibilités pour reconstruire en mieux. Cette approche consiste à accroître la résistance des infrastructures aux catastrophes, à améliorer l'accès aux biens et services, à renforcer les capacités du gouvernement et des communautés en matière de gestion des risques de catastrophe, et à réduire les risques et les vulnérabilités face aux catastrophes futures.

Si le plan de relèvement doit être aligné sur les plans nationaux existants de développement de la santé et les éventuelles réformes sectorielles qu'ils contiennent, il ne peut intégrer des mesures visant à répondre aux objectifs de plein développement.

Le tableau 2 ci-dessous résume les principaux effets d'une catastrophe sur le système de santé, présente les besoins de relèvement et de reconstruction et propose des solutions pour reconstruire en mieux.



Tableau 2: Effets de la catastrophe, besoins de relèvement et de reconstruction et solutions pour reconstruire en mieux

	Effet de la catastrophe	Besoins de relèvement et de reconstruction du secteur de la santé	
		Rétablissement des conditions existantes avant la catastrophe	Reconstruire en mieux
Infrastructures et biens	<ul style="list-style-type: none"> • Destruction partielle ou totale des infrastructures et des biens 	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des structures de santé temporaires et, si possible, des unités sanitaires mobiles • Reconstruire et réparer les infrastructures sanitaires détruites et/ou endommagées, remplacer les actifs perdus 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantir la résistance de toutes les infrastructures aux risques (approche des hôpitaux sûrs) • Moderniser et rationaliser le réseau de santé
Prestation, accès et demande de services	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction des services de santé disponibles et interruption de l’approvisionnement en produits pharmaceutiques • Réduction de l’accès et augmentation potentielle de la demande de services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Rétablir la capacité de prestation de services de santé et d’approvisionnement en produits pharmaceutiques • Augmenter les capacités des services disponibles pour répondre à l’augmentation et à l’apparition éventuelle de nouvelles demandes de services • Garantir un accès équitable aux services de santé et s’assurer de leur utilisation, en particulier par les groupes vulnérables préexistants et nouveaux, en réduisant les obstacles anciens et nouveaux à leur accès et à leur utilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Lever les éventuels obstacles préexistants à la capacité et à la performance de la prestation de services • Adapter les effectifs de santé et la disponibilité des produits pharmaceutiques à l’apparition et/ou l’augmentation des besoins sanitaires • Réduire les inégalités préexistantes et nouvelles en matière d’accès aux services de santé. Améliorer l’utilisation et réduire les obstacles à l’accès des services, en tenant compte de la réduction de la capacité à payer
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> • Effets sur la capacité des autorités sanitaires à gérer la prestation de services, notamment la participation communautaire, et sur la capacité à gérer le processus d’intervention et de relèvement 	<ul style="list-style-type: none"> • Rétablir le rôle de gouvernance des autorités sanitaires nationales et infranationales en matière de prestation de services, notamment la participation communautaire • Gérer le processus d’intervention et de relèvement et les mécanismes de coordination sectoriels et intersectoriels • Appuyer les systèmes de gestion de l’information sanitaire et d’alerte précoce 	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer le rôle de gouvernance des autorités sanitaires nationales afin d’assurer une gestion plus équitable et plus efficace de la prestation de services et des risques de catastrophe, en se fondant sur une évaluation de la capacité de gestion des risques de catastrophe, notamment concernant les systèmes de gestion de l’information sanitaire et d’alerte précoce
Risques	<ul style="list-style-type: none"> • Effets sur les risques préexistants pour la santé, apparition de nouveaux risques sanitaires, et effet sur l’état de santé de la population touchée 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des actions ciblées de promotion de la santé et de prévention des maladies afin de maîtriser et d’atténuer l’impact des risques sanitaires préexistants et nouveaux et de réduire la morbidité et la mortalité excessives/évitables dues à la catastrophe 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les vulnérabilités et les risques pour la santé et soutenir la résilience des communautés • Mettre en place des actions de réduction des risques de catastrophe à long terme, en se basant sur une évaluation et une cartographie plus détaillées des risques et vulnérabilités

BESOINS DE RECONSTRUCTION DES INFRASTRUCTURES ET DES BIENS

Les besoins liés aux infrastructures portent sur la réparation et/ou la reconstruction des infrastructures endommagées et sur la réparation ou le remplacement des biens. Des programmes de crédit peuvent être envisagés afin de financer la reconstruction et la réparation des hôpitaux privés et des autres structures sanitaires privées.

Concernant les besoins de reconstruction relatifs à l'approche « reconstruire en mieux », plusieurs aspects peuvent être pris en considération:

- Garantir que les bâtiments pourront résister aux risques futurs et continueront à fonctionner en cas de survenue d'une nouvelle catastrophe. La première étape consiste à veiller au respect des codes de construction et de modernisation. Cette démarche s'inscrit dans l'approche des hôpitaux sûrs qui, en plus de renforcer la résistance des infrastructures hospitalières aux risques courants, propose de former le personnel de santé à la gestion des interventions en cas de catastrophe, notamment lorsque le nombre de victimes est très important (des exemples d'actions mises en place dans le cadre du programme des hôpitaux sûrs sont présentés à **l'annexe 8**). La réalisation d'une évaluation approfondie de la sécurité des infrastructures sanitaires est souvent impossible lors de trois premiers mois suivant la catastrophe, toutefois il est possible de procéder à cette évaluation dans le cadre du plan de relèvement.
- En cas d'évolution des normes applicables aux infrastructures sanitaires, la reconstruction peut être l'occasion de « moderniser » les établissements de santé.
- Il peut être nécessaire de rationaliser et de réorganiser le réseau de santé existant dans les zones touchées afin de l'adapter aux nouveaux besoins résultant des mouvements de population et de l'évolution des schémas pathologiques.

BESOINS DE RELÈVEMENT DES INFRASTRUCTURES, DES BIENS ET DES SERVICES

CRÉATION D'INFRASTRUCTURES SANITAIRES TEMPORAIRES

En attendant la reconstruction d'infrastructures sanitaires permanentes, qui peut prendre plusieurs années, il est nécessaire de créer des structures temporaires. Il est par exemple possible de louer un bâtiment et/ou d'installer des unités sanitaires mobiles à proximité des établissements endommagés qui ne sont plus fonctionnels, ainsi que dans les camps de déplacés accueillant un grand nombre de personnes et où la capacité des structures existantes est devenue insuffisante.

RÉTABLIR LA CAPACITÉ DE PRESTATION DE SERVICES ET GARANTIR L'ACCÈS AUX SERVICES

Dans les zones touchées, le besoin immédiat consiste à rétablir la capacité de prestation des services de santé au niveau communautaire, primaire et secondaire, à permettre aux agents de santé de reprendre leur travail et à assurer l'approvisionnement en produits pharmaceutiques. Des moyens supplémentaires peuvent être nécessaires afin de répondre à l'augmentation et à l'apparition éventuelle de nouvelles demandes dues à l'évolution des schémas pathologiques, notamment concernant les traumatismes et la santé mentale. En outre, il convient de s'assurer qu'il existe des systèmes adaptés de triage et d'orientation pour les soins d'urgence médicaux, chirurgicaux, traumatologiques et obstétricaux.

Les services de soins de santé primaires doivent être facilement accessibles par les populations qui sont restées dans les zones touchées et les campements temporaires. Les établissements de santé situés dans des zones qui reçoivent de nombreuses personnes déplacées doivent être renforcés afin de faire face à l'augmentation du nombre de patients. La réparation des routes ou des ponts peut par ailleurs permettre d'accéder à des établissements fonctionnels dans les zones non touchées, de sorte qu'il est parfois inutile de créer des structures de santé temporaires dans les zones touchées.

Il convient également d'examiner la disponibilité des services de santé essentiels ainsi que les ajustements à y apporter afin de tenir compte de l'évolution des schémas pathologiques et de l'augmentation de la charge de morbidité, phénomènes souvent observés après une catastrophe.

Si les infrastructures de production des produits pharmaceutiques ont été détruites, il conviendra de rétablir leur capacité de production ainsi que le fonctionnement de la chaîne du froid.

Concernant les besoins en prestation de services relatifs à l'approche « reconstruire en mieux », il peut être nécessaire d'améliorer la disponibilité et la performance des services afin de répondre à l'augmentation ou à l'évolution éventuelle de la morbidité. Lorsque la capacité était insuffisante avant la catastrophe, et/ou que l'accès des groupes vulnérables était limité, il conviendra de remédier à ces difficultés, notamment grâce aux actions suivantes:

- Les capacités du personnel de santé doivent être adaptées afin de combler les lacunes les plus urgentes et de répondre aux nouvelles demandes de soins. Des programmes peuvent être proposés afin de l'encourager à retourner ou à être (re)déployé dans les zones touchées.
- Les contraintes d'approvisionnement ou les médicaments de mauvaise qualité qui existaient avant la crise doivent être supprimés. Des efforts peuvent être entrepris afin de rétablir et de renforcer la capacité de production de produits pharmaceutiques. De la même façon, il est possible d'améliorer les réglementations et de mettre en place des mécanismes d'assurance qualité de meilleure qualité.
- Il convient d'éliminer les obstacles préexistants en matière de performance et d'accès aux services de santé, notamment grâce aux actions suivantes:
 - Réduction des obstacles financiers à l'accès aux services via la suspension des frais de santé pour les personnes déplacées et les autres populations dont la capacité de payer a été mise à mal par la perte de leurs biens et de leurs moyens de subsistance suite à la catastrophe. Détermination des initiatives prévues afin de réduire les obstacles financiers, telles que les programmes pour la gratuité des soins maternels et infantiles, susceptibles d'avoir déjà été mises en place dans le cadre des réformes du secteur de la santé;
 - Réduction des inégalités préexistantes et nouvelles en matière d'accès via la prise en compte des vulnérabilités, des besoins et des intérêts propres aux femmes et aux hommes, tous âges et sous-groupes de population confondus, et des conclusions des autres analyses portant les questions de genre.

RÉTABLIR ET RENFORCER LA CAPACITÉ DE GOUVERNANCE, NOTAMMENT EN MATIÈRE DE GESTION DES RISQUES DE CATASTROPHE

S'il a été interrompu, il convient de rétablir le rôle de gouvernance des autorités sanitaires nationales et infra-nationales en matière de prestation de services, notamment la participation communautaire. La capacité de gouvernance est indispensable à la bonne coordination et à la bonne gestion des processus d'intervention et de relèvement. Lorsque de nombreux organismes de santé internationaux entrent dans le pays pour apporter leur aide, ils doivent s'enregistrer au niveau national afin de garantir qu'ils satisfont aux critères de qualité du pays. De plus, il convient de mettre en place des systèmes permettant aux partenaires nationaux et internationaux de rendre régulièrement compte de leur activité. Ces systèmes devront être adaptés aux conditions d'urgence (p. ex., comptes rendus plus fréquents, utilisation de formats simplifiés). Cette mesure nécessite l'activation des systèmes d'alerte et de réponse rapide en cas de maladies.

Concernant les besoins de gouvernance relatifs à l'approche « reconstruire en mieux », la phase de relèvement donne l'occasion d'intégrer ou de renforcer le programme national existant de gestion des risques de catastrophe pour le secteur de la santé, en coordination avec les autorités nationales compétentes. Il est possible de profiter de la phase de relèvement pour consolider les systèmes de santé existants en vue de gérer les situations d'urgence et de préserver et accroître la résilience des systèmes de santé et des communautés. Si l'évaluation des besoins post-catastrophe ne permet pas à elle seule d'examiner de manière approfondie la capacité de préparation aux catastrophes et les plans de réduction des risques, le plan de relèvement a, lui, cette capacité. Un budget peut par ailleurs être fixé dans ce cadre afin de combler les lacunes les plus évidentes.

Parmi les autres initiatives visant à reconstruire en mieux:

- Renforcer le rôle de gouvernance des autorités sanitaires nationales pour une gestion plus efficace et plus équitable de la prestation de services, notamment concernant les systèmes d'alerte rapide et de gestion de l'information sanitaire.
- Renforcer le rôle des communautés dans la gestion et la planification des services de santé et soutenir la résilience des communautés.
- Renforcer la gouvernance de la gestion des risques, notamment en actualisant les lois nationales sur ce sujet. En fonction des éléments déjà connus concernant la capacité de gestion des risques de catastrophe du ministère de la Santé, il pourra être nécessaire de programmer une évaluation des capacités. Celle-ci ne peut généralement pas être menée à bien pendant les trois premiers mois suivant la catastrophe, mais pourra être réalisée dans le cadre du plan de relèvement.
- Réviser et/ou actualiser les plans de préparation et consolider les systèmes d'alerte rapide.
- Si elle n'est pas déjà expressément mentionnée dans le plan stratégique national pour la santé, s'assurer que la capacité de gestion des risques de catastrophe sera étudiée lors du prochain examen annuel conjoint et intégrée dans la version révisée du plan stratégique national pour la santé.
- Promouvoir les processus participatifs et les systèmes intégrant les femmes, les filles, les garçons et les hommes.

ÉLIMINATION DES RISQUES POUR LA SANTÉ ET RÉDUCTION DES RISQUES DE CATASTROPHE

Il convient, immédiatement après une catastrophe, de limiter et atténuer les effets des risques préexistants et futurs pour la santé, et de soutenir la résilience des communautés. Les risques doivent être visés dans le cadre de différents programmes de prévention et de réduction des risques de catastrophe, en tenant compte des éléments suivants:

1. Probabilité de survenue du risque;
2. Gravité de ses conséquences en cas de concrétisation du risque;
3. Victimes potentielles et façon dont ces personnes sont exposées au risque.

L'analyse doit s'intéresser aux causes profondes de la catastrophe, notamment à la vulnérabilité des biens, des secteurs et des communautés face aux risques actuels et futurs. Elle reposera, lorsque cela s'avérera possible, sur l'évaluation et la cartographie précises des risques et des vulnérabilités.

Afin d'atténuer les risques les plus courants, il convient d'entreprendre les actions suivantes.

- Prévenir l'apparition des maladies et garantir la capacité de détection précoce et d'intervention rapide en cas d'urgences de santé publique, en renforçant les systèmes d'alerte rapide et en assurant la préparation aux épidémies et le prépositionnement des fournitures.
- Rétablir les services de vaccination dans les plus brefs délais et envisager la vaccination de masse dans les lieux à forte densité de population, tels que les camps, ou pour les autres populations présentant un risque accru.
- Lutter contre les vecteurs et mettre en œuvre des mesures de prévention afin de réduire les risques de maladies à transmission vectorielle.
- Intensifier la mobilisation sociale communautaire, notamment la communication sur les risques sanitaires, afin de promouvoir les bonnes pratiques en matière d'eau potable, d'assainissement et d'hygiène et de transmettre les principaux messages d'information (des exemples sont disponibles à l'adresse suivante: www.cdacnetwork.org/i/20140728102420-genh0).

- Appuyer les services de santé maternelle et néonatale, dans le respect de la vie privée et des sensibilités culturelles, en assurant l'enregistrement des naissances dans les camps, la détection et l'orientation précoces des complications liées à la grossesse et à l'accouchement, la sécurité des accouchements et l'approvisionnement des produits de base nécessaires.
- Appuyer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, la supplémentation des femmes enceintes et allaitantes et la prise en charge de la malnutrition, notamment en renforçant les capacités des agents de santé et en soutenant l'orientation et la prise en charge hospitalière de la malnutrition sévère au sein des communautés.
- Assurer la continuité du traitement des maladies chroniques (transmissibles et non transmissibles).
- Mettre en œuvre des programmes destinés à prévenir et à combattre la violence sexuelle et basée sur le genre.

D'autres exemples d'actions de réduction des risques de catastrophe et de préparation sont disponibles en annexe 9.

PLAN DE RELÈVEMENT SECTORIEL

DÉFINITION DES PRIORITÉS ET ÉCHELONNEMENT DES BESOINS DE RELÈVEMENT

Conformément à la raison d'être de la stratégie de relèvement, il est nécessaire d'identifier les principaux résultats, produits et interventions à partir des besoins identifiés, puis de les classer par ordre de priorité et de les échelonner dans le temps (à court, moyen et long terme). Il convient ensuite de distinguer les interventions visant à rétablir la situation telle qu'elle était avant la catastrophe de celles visant à reconstruire en mieux.

La définition des priorités et l'échelonnement dans le temps s'inscrivent dans un processus consultatif intra et intersectoriel. Afin de définir les besoins prioritaires, il convient de tenir compte des aspects suivants:

- Se fonder et s'aligner sur les objectifs nationaux de développement de la santé tels qu'ils sont mentionnés, par exemple, dans les politiques nationales correspondantes, les stratégies de réduction de la pauvreté, etc.
- Traiter en priorité les principaux risques et vulnérabilités ayant contribué à l'ampleur de l'impact de la catastrophe sur les communautés, les systèmes et les infrastructures, en relevant ceux qui peuvent être évités (un exemple évident: les infrastructures endommagées reconstruites dans le respect des codes de construction et de modernisation sont plus susceptibles d'assurer la continuité des services en cas de catastrophe future, et donc de protéger les investissements réalisés dans la reconstruction).
- Les interventions visant à reconstruire en mieux doivent également contribuer positivement au relèvement.

Souvent, les besoins de relèvement du secteur de la santé dépassent les ressources disponibles et ne peuvent répondre à tous les objectifs du programme national de développement de la santé, d'où la nécessité d'établir des priorités. Le premier groupe d'interventions prioritaires comprend les actions visant à reconstruire les infrastructures endommagées, à rétablir l'accès aux services et la gouvernance et à répondre aux risques immédiats pour la santé. Il convient ensuite de définir les priorités relatives aux interventions visant à reconstruire en mieux dans chaque domaine préalablement identifié.

La plupart du temps, les priorités sont définies à partir d'un consensus entre les experts et se fondent sur les éléments de preuve disponibles. À des stades souvent plus avancés du processus d'établissement des priorités, certains groupes de pression ou intérêts politiques peuvent chercher à exercer une influence sur les priorités définies sur la base d'éléments probants. Le manque de temps empêche généralement de réaliser un classement détaillé fondé sur différentes méthodes de priorisation comme l'analyse monocritère et l'analyse décisionnelle multicritères. Les critères utilisés dans ces méthodes sont les suivants:

Analyse monocritère

1. Analyse de la charge de morbidité (p. ex., les dix premières causes de morbidité et de mortalité)
2. Analyse de rentabilité
3. Analyse des questions d'égalité et de genre

Analyse décisionnelle et classement multicritères

1. Population touchée
2. Gravité du problème
3. Facilité de mise en œuvre des mesures à prendre
4. Urgence de la situation
5. Charge de morbidité
6. Vulnérabilité de la population
7. Rentabilité

Concernant l'échelonnement, le calendrier des évaluations se divise généralement en trois périodes: court, moyen et long terme. Les interventions à court terme, ou de relèvement rapide, sont pour l'essentiel identiques à celles prévues dans le cadre de la réponse humanitaire. En ce qui concerne la reconstruction des infrastructures, il convient d'estimer le délai nécessaire à la reconstruction échelonnée des établissements et des services, en tenant compte de la capacité de construction existante et des besoins de reconstruction des autres secteurs, ainsi que de la disponibilité des équipements spécialisés nécessaires au remplacement des biens endommagés.

CALCUL DES COÛTS

Cette section explique la logique de calcul des coûts de reconstruction et de relèvement en fonction des besoins prévus, et propose des solutions réalistes afin d'estimer les coûts nécessaires pour reconstruire en mieux.

Toutes les hypothèses, formules et références utilisées pour calculer le coût unitaire de chaque poste budgétaire, notamment celui de l'approche « reconstruire en mieux », doivent être explicitées dans un document distinct joint sous forme d'annexe au chapitre sectoriel.

Afin de calculer les coûts, il convient de tenir compte des éléments suivants:

- Le budget total nécessaire doit être réaliste et prendre en compte la totalité des dépenses de santé existantes et la capacité d'absorption du secteur de la santé afin de déterminer ce qu'il est possible de réaliser d'ici trois à cinq ans.
- Les coûts nécessaires pour reconstruire en mieux doivent être proportionnels aux coûts des besoins de relèvement et de reconstruction et au type de catastrophe (par exemple, une sécheresse à développement lent peut entraîner des besoins de reconstruction très faibles, mais nécessiter d'importants investissements afin d'améliorer la résilience et de reconstruire en mieux).
- Les coûts engendrés par l'approche « reconstruire en mieux » doivent être réalistes par rapport au budget consacré par le gouvernement au relèvement et à l'enveloppe financière promise par le gouvernement et les partenaires de développement. Les projets visant à reconstruire en mieux doivent tenir compte du fait qu'une partie importante des fonds sera nécessaire à la reconstruction matérielle et à la compensation des pertes. Or, souvent, ces fonds ne suffisent même pas à répondre à tous les besoins.
- Les coûts nécessaires pour reconstruire en mieux doivent également être réalistes vis-à-vis de la capacité d'absorption du pays.

La différence entre le coût de la stratégie de relèvement et de reconstruction élaborée à partir des besoins et la valeur des dommages et des pertes ne doit pas devenir trop importante. (Il est important de souligner que la valeur des besoins de relèvement et de reconstruction n'est pas nécessairement égale à la somme des dommages et des pertes; elle peut être supérieure ou inférieure.)

Lors des conférences de donateurs faisant suite aux catastrophes, les partenaires de développement ont pour habitude d'examiner l'ampleur des dommages et de s'engager en conséquence. Il reste généralement peu de fonds disponibles pour investir dans l'amélioration de l'accès, le renforcement de l'efficacité de la gouvernance et les mesures de réduction des risques.

Le calcul des coûts de reconstruction des infrastructures s'effectue à partir de la valeur estimative des dommages, à laquelle s'ajoutent les coûts supplémentaires liés à l'introduction d'améliorations qualitatives, d'innovations technologiques et de mesures de réduction des risques.

**Besoins de reconstruction = valeur des dommages + coût
(améliorations qualitatives + modernisation technologique + délocalisation le cas échéant +
caractéristiques de réduction des risques + inflation pluriannuelle)**

La prévision des coûts supplémentaires nécessaires pour rendre les infrastructures sanitaires résistantes « à tous les risques » dépendra des critères de conception originaux des bâtiments et du degré d'amélioration prévu par les normes et les règles de construction, tels que définis dans la stratégie de reconstruction adoptée après la catastrophe. Ces coûts représentent généralement 10 à 35 % du coût de remplacement. Les ingénieurs civils ayant une bonne connaissance des normes de construction résistantes aux catastrophes seront en mesure de définir ce pourcentage. Lorsqu'il est nécessaire de délocaliser un hôpital ou une clinique dans une zone plus sûre afin de réduire les risques de catastrophe, il convient de prendre en compte les coûts supplémentaires liés à l'achat du terrain et au raccordement aux réseaux collectifs (eau, assainissement, électricité et autres). De plus, la stratégie de reconstruction peut prévoir la rationalisation du réseau sanitaire afin de tenir compte des éventuels mouvements de population et des possibilités d'amélioration de l'efficacité. Cette rationalisation peut entraîner une augmentation ou une réduction des coûts de reconstruction.

Il peut également être utile de mettre en place un programme de modernisation structurelle des hôpitaux et des établissements de santé, afin de permettre aux unités restées intactes ou légèrement touchées de résister et de continuer à fonctionner sans interruption en cas de catastrophe. Les besoins financiers sont estimés par des ingénieurs civils une fois que les normes de modernisation et le degré de résistance aux catastrophes ont été définis.

Sécuriser un établissement de santé ne se limite pas à rendre les bâtiments plus résistants aux catastrophes. Ceux-ci doivent certes rester debout après la catastrophe, mais l'établissement doit en outre rester pleinement fonctionnel et même pouvoir faire face à une augmentation du nombre de patients. C'est pourquoi, pour être complet, un plan de relèvement des établissements de santé doit non seulement porter sur la résistance des bâtiments, mais également sur la préparation aux situations d'urgence, notamment la planification des interventions et la mobilisation des équipes médicales d'urgence, la formation du personnel et la réalisation d'exercices de simulation. L'action de chaque hôpital doit être intégrée à un programme national visant à sécuriser les hôpitaux et à les préparer aux catastrophes.

Voici une fourchette indicative du budget nécessaire à l'élaboration d'un programme national visant à assurer la sécurité et la préparation des hôpitaux (la mise en œuvre des grandes mesures structurelles ou non structurelles n'est pas comptabilisée):

Évaluation des risques (notamment socio-économiques)	50 000 \$ – 200 000 \$
Évaluation rapide de la sécurité des établissements de santé	50 000 \$ – 200 000 \$ par an
Mise en œuvre d'un programme national visant à assurer la sécurité des hôpitaux	100 000 \$ – 500 000 \$ par an
Formation et renforcement des capacités	30 000 \$ – 100 000 \$ par an
TOTAL	230 000 \$ – 1million \$

CALCUL DES COÛTS DE RELÈVEMENT DU SECTEUR DE LA SANTÉ

En attendant la réparation ou la reconstruction des infrastructures endommagées (qui peut parfois prendre plusieurs années), il convient d'estimer soigneusement les coûts liés à la prestation des services de santé dans des conditions temporaires (installation d'hôpitaux et cliniques de campagne, location de locaux ou mise en place d'unités de soins mobiles). De plus, des fonds seront nécessaires pour financer le rétablissement des services essentiels, répondre aux problèmes majeurs tels que l'accessibilité et la qualité des soins dans un contexte de hausse éventuelle de la morbidité et de baisse du pouvoir d'achat, et appuyer la capacité de gouvernance et de gestion des risques sanitaires.

Le calcul des coûts liés aux besoins de relèvement essentiels s'effectue à partir de la valeur estimative des variations de flux qui ne peuvent être couvertes par le budget ordinaire du gouvernement sans nuire au déroulement normal des activités du secteur. Ces coûts sont supportés tout au long de la période nécessaire à la reconstruction des établissements endommagés, ou jusqu'à la disparition des risques sanitaires apparus ou accrus durant la catastrophe.

Besoins de relèvement = valeur estimative des variations de flux jusqu'à l'achèvement de la reconstruction – montant des fonds budgétaires alloués à cet effet par le gouvernement

Les coûts supplémentaires liés aux investissements nécessaires pour reconstruire le secteur de la santé en mieux sont plus difficiles à estimer que ceux liés aux infrastructures, et doivent tenir compte des aspects qui caractérisent l'approche « reconstruire en mieux » mentionnés précédemment. La réalisation d'une estimation ascendante détaillée des coûts ou l'utilisation de formules se révèlent souvent inutiles ou impossibles dans le cadre du plan de relèvement. Des exemples d'interventions de relèvement et des approches « reconstruire en mieux » qui en ont découlé sont présentés dans le tableau 2 et à **l'annexe 2**. Par ailleurs, il convient d'établir un document reprenant les hypothèses retenues afin d'expliquer les méthodes d'estimation des coûts, notamment ceux liés à l'approche « reconstruire en mieux » (voir **les annexes 3 et 4**).

STRUCTURE DU PLAN DE RELÈVEMENT

Conformément au Volume A, le plan de relèvement du secteur doit être élaboré suivant un modèle axé sur les résultats et doit donc préciser: 1) les besoins prioritaires; 2) les interventions requises; 3) les livrables; 4) les coûts du relèvement; et 5) les résultats escomptés. **L'annexe 10** présente un tableau dont l'équipe sectorielle peut s'inspirer pour établir le plan de relèvement.

Il n'existe pas de modèle type pour la planification du relèvement. Le degré de précision de l'analyse des réponses sera limité, essentiellement en raison de contraintes temporelles. L'évaluation peut identifier les questions qui devront être examinées puis analysées plus en profondeur à un stade ultérieur, avant de faire des choix plus explicites en matière de politique et de planification dont les répercussions ne peuvent pas encore être contrôlées. Cela implique notamment de rationaliser le réseau de santé en cas de mouvements importants de population, de recruter de nouveaux membres du personnel de santé afin de répondre à l'augmentation ou à l'apparition de besoins, ou encore d'adapter les financements afin de faire face à la capacité réduite de payer. Les réponses politiques possibles doivent reposer sur une analyse des principaux obstacles du système de santé (voir le manuel de l'OMS « Analyse du secteur de la santé dans les urgences complexes », Module 12: Formuler des stratégies pour le relèvement d'un secteur de la santé en crise et l'annexe 13, pages 403-409). Le tableau 2 et **l'annexe 2** présentent des exemples de réponses courantes à court et à plus long terme reposant sur des évaluations précédentes.

Le plan de reconstruction et de relèvement du secteur de la santé proposé dans le cadre de la PDNA doit suivre les mêmes intitulés que ceux employés pour décrire les quatre types d'effets de la catastrophe. Les interventions définies dans le plan doivent correspondre aux besoins prioritaires identifiés. Par ailleurs, le plan devra indiquer les livrables et les indicateurs de résultats.

MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE

PARTENARIATS, COORDINATION ET GESTION

Les mécanismes nécessaires à la mise en œuvre de la stratégie de relèvement du secteur de la santé suivent les mêmes principes que ceux indiqués à la section 1.2. La mise en œuvre de cette stratégie doit être dirigée par le ministère de la Santé et s'inscrire dans le dispositif gouvernemental de gestion multisectorielle.

En fonction des mécanismes de financement, il pourra être nécessaire de mettre en place d'autres structures de gestion, notamment en cas de création d'un fonds multipartenaires pour le relèvement (comme ce fut le cas après le tremblement de terre survenu en Haïti en 2010).

Les mécanismes de mise en œuvre doivent impliquer les autorités sanitaires de la région et du district et assurer la liaison avec les partenaires de développement, qui peuvent utiliser la stratégie de relèvement pour actualiser et réviser leurs plans d'opération annuels nationaux et infranationaux dans les zones gravement touchées par la catastrophe. Lors de la révision des plans sanitaires de district, il convient d'intégrer les besoins de relèvement afin de fournir des plans de mise en œuvre plus précis qui relieront le relèvement et le développement, en prévoyant des budgets ascendants. Pendant ce processus, il est important d'étendre les consultations et d'impliquer les autorités sanitaires infranationales et les communautés.

De nombreuses organisations humanitaires pour la santé proposent leur aide après une catastrophe majeure. En plus d'appuyer les interventions vitales, certaines d'entre elles soutiendront également les approches de relèvement rapide et/ou les programmes d'aide au relèvement du ministère de la Santé. Les partenaires humanitaires pour la santé doivent être informés de l'évaluation, sur laquelle ils pourront s'appuyer pour intégrer les approches de relèvement rapide dans leurs programmes humanitaires afin de participer au relèvement.

SUIVI ET ÉVALUATION

La mise en place d'un système de suivi, si possible à partir du système de gestion de l'information sanitaire existant, permettra d'évaluer les progrès et l'efficacité des interventions de relèvement. Le plan de suivi et d'évaluation doit:

- Être axé sur un petit nombre d'indicateurs essentiels;
- Définir une fréquence et un calendrier précis;
- Être de préférence mis en œuvre par une équipe multisectorielle composée d'enquêteurs et d'évaluateurs.

Le document intitulé « Tsunami Recovery Impact Assessment and Monitoring System » (<http://hqlibdoc.who.int/hq/2006/a91183.pdf>) fournit un exemple de système de suivi. Une enveloppe représentant habituellement 5 à 10 % du budget de relèvement et de reconstruction doit être réservée à cet effet.

MÉCANISMES DE MOBILISATION DES RESSOURCES ET DE FINANCEMENT

Pendant la phase de relèvement, il est souvent très difficile de parvenir à un consensus sur les mécanismes de financement. Les décisions doivent se fonder sur le contexte local et viser une efficacité maximale. Elles sont précédées d'un dialogue entre le gouvernement national et les partenaires internationaux, au cours duquel les avantages et les inconvénients de chaque dispositif proposé sont examinés afin de parvenir à un mécanisme satisfaisant pour toutes les parties. Les modalités financières sont souvent influencées par une évaluation de la gestion financière réalisée par la Banque mondiale, ainsi que par les préférences de certains donateurs. Le résultat associe souvent plusieurs mécanismes de financement « dans » et « hors » budget, et peut faire intervenir des dispositifs de financement communs tels que les fonds d'affectation spéciale multipartenaires pour le relèvement. Les modalités choisies doivent permettre d'appuyer le rôle de gouvernance du ministère de la Santé en matière de gestion financière. Il convient également de mettre en place les mécanismes adéquats de suivi des promesses de dons, des décaissements et des dépenses réelles.

OBSTACLES À LA PLANIFICATION ET À LA MISE EN ŒUVRE DU RELÈVEMENT

Voici quelques-unes des difficultés courantes faisant obstacle à la planification et à la mise en œuvre du relèvement.

- Se concentrer seulement sur les infrastructures et la prestation de services et négliger les composantes de l'appui qui permettent l'accès aux services.
- S'engager dans des projets d'investissement ambitieux sans une analyse exhaustive de la capacité d'absorption et des ressources disponibles.
- Reproduire les mêmes systèmes politiques et sociaux que ceux à l'origine de la crise, ou ne pas traiter les vulnérabilités et les inégalités sous-jacentes susceptibles d'avoir contribué à l'impact de la catastrophe.
- En particulier lorsque la capacité nationale d'élaboration des politiques est faible, les acteurs internationaux peuvent inciter à retenir des options à caractère politique ou à appliquer des solutions types ayant pu fonctionner ailleurs mais pas nécessairement adaptées au pays concerné.
- Travailler dans des délais limités et souvent irréalistes, ce qui conduit à une consultation insuffisante des acteurs concernés.
- Le manque de fiabilité et d'exhaustivité de l'information constitue toujours une difficulté majeure dans les pays fragiles.
- Il existe un risque que les évaluations et la planification du relèvement soient réalisées de manière isolée, sans être suffisamment intégrées à la coordination humanitaire ou reliées aux mécanismes de coopération pour le développement à long terme.

ANNEXE 1: ÉTAPES DU PROCESSUS D'ÉVALUATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ

Lors de la survenue d'une catastrophe:

- Commencer à recueillir les données de référence: cette étape peut être effectuée dans le pays ou à distance (hors site); commencer à compléter la matrice d'analyse avec les informations pertinentes.
- Créer une base de données des établissements de santé préexistants.
- Commencer à recueillir des informations sur les capacités/les dommages subis par les établissements de santé.
- Commencer à recueillir des informations sur les tendances épidémiologiques, les risques préexistants et les nouveaux risques éventuels pour la santé, les groupes vulnérables anciens et nouveaux et les actions de réponse menées afin d'atténuer les conséquences de la catastrophe sur le plan sanitaire.
- Recueillir les rapports pertinents décrivant le système de santé et ses performances avant la catastrophe.
- Dépêcher un ou plusieurs spécialistes du relèvement du secteur de la santé afin d'aider le pays.

Lorsque le gouvernement demande une évaluation des besoins post-catastrophe:

- Le gouvernement nomme des points focaux au sein des ministères dont les secteurs seront visés par la PDNA, dont un point focal en charge du relèvement au ministère de la Santé.
- Les experts sanitaires de la Banque mondiale, de l'Union européenne et de l'OMS se mettent en lien avec le point focal du ministère de la Santé.

- Créer un comité de pilotage chargé de superviser le processus d'évaluation et de répartir les tâches.
- Préparer une formation sur la composante santé de l'évaluation des besoins post-catastrophe destinée à être intégrée à l'atelier d'un ou deux jours organisé habituellement lors du lancement officiel de la PDNA, et former les acteurs concernés.
- Convoquer une réunion des partenaires du développement sanitaire, identifier les acteurs clés pouvant aider à l'évaluation et décider de la manière dont ce groupe sera mis en lien avec la planification du relèvement.
- Présenter le processus et les objectifs de l'évaluation à l'organe de coordination de l'action humanitaire dans le domaine de la santé et identifier les partenaires humanitaires, y compris les donateurs, intéressés et en mesure de soutenir le processus de relèvement (rapide).
- Élaborer un calendrier en fonction du délai global de la PDNA, précisant:
 - Les visites sur le terrain afin de vérifier les rapports sur les dommages;
 - Les ateliers nationaux et infranationaux avec les autorités sanitaires afin de discuter des besoins et limites des fonctions du système de santé ainsi que des besoins et priorités de relèvement;
 - Les réunions régulières du comité de pilotage;
 - La collaboration périodique avec les autres secteurs et thèmes transversaux concernés;
 - Les réunions régulières avec l'instance de coordination humanitaire;
 - Les comptes rendus périodiques à l'organe national de coordination du développement du secteur de la santé;
 - L'atelier de validation de l'avant-projet.
- Le cas échéant, aider le ministère de la Santé à préparer la conférence des donateurs.
- Organiser des réunions avec les donateurs et le gouvernement afin de promouvoir l'importance de la santé dans la stratégie de relèvement.
- Inclure le ministère de la Santé dans les structures de gouvernance du relèvement pour gérer l'attribution des fonds au secteur de la santé et/ou au sein de ce dernier.
- Décider des modalités de financement et de mise en œuvre et instituer un système de suivi et d'évaluation du relèvement du système de santé à partir de la stratégie de relèvement.

ANNEXE 2: MATRICE D'ANALYSE FONDÉE SUR LES DOMAINES D'INTERVENTION ET LES COMPOSANTES DU SECTEUR DE LA SANTÉ

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Situation sanitaire	Taux brut de mortalité; taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans; handicap Mortalité proportionnelle Espérance de vie (par sexe) Schémas de morbidité	Augmentation du nombre de décès en raison de l'impact immédiat de la catastrophe Nouveaux risques pour la santé (p. ex., épidémies potentielles ou interruption des services de prise en charge des maladies chroniques) Effets sur les OMD relatifs à la santé	Traitement prioritaire des cinq premières causes de mortalité et de morbidité et ajustement des interventions sanitaires correspondantes suivant l'évolution des schémas de morbidité dans le temps Gestion adaptée des dépouilles mortelles (voir « Gestion des dépouilles mortelles lors de catastrophes. Manuel pratique à l'usage des premiers intervenants », OPS, OMS, CICR et FICR, 2006)	Réadaptation des personnes handicapées
Prestation de services 1: Organisation et gestion (dont infrastructures, équipement et transport)	Base de données des établissements de santé (p. ex., évaluation de la disponibilité et de la préparation des services – SARA) Disponibilité du système d'orientation fonctionnant 24/7 entre les différents niveaux de soins Population moyenne couverte par les établissements de santé fonctionnels, par type d'établissement et d'unité administrative Nombre de lits d'hôpital pour 10 000 personnes par unité administrative Nombre de consultations externes annuelles par habitant et par unité administrative Nombre de consultations journalières par praticien et par unité administrative Coût par cas (traitement, transport, etc.)	Disponibilité des ressources et des services de santé: Établissements de santé endommagés/détruits, y compris équipement, mobilier et dossiers Évaluation des dommages et des pertes Estimation des coûts de reconstruction par type et degré de destruction (en dollars) Effets sur les transports, la logistique d'approvisionnement et l'orientation entre niveaux de soins, y compris réseau de communication, accessibilité par les routes susceptibles d'être bloquées, etc. Destruction des banques du sang Personnel tué, blessé ou déplacé	(R)Établir la prestation des services essentiels: Coût annuel par cas/par habitant Si nécessaire, créer des centres de santé temporaires et déployer des unités médicales financées grâce à l'aide internationale Appui aux établissements de santé dans les zones recevant un nombre élevé de personnes déplacées Unités pré-hospitalières temporaires de traitement des blessés et/ou d'évaluation médicale Hausse (temporaire) de l'activité des services de sensibilisation	Appui au processus de décentralisation lorsqu'il s'inscrit dans le cadre de la politique de santé nationale Appui à la gestion des établissements de santé Remise en état des établissements de santé Remplacement de l'équipement médical endommagé (en appliquant l'approche des hôpitaux sûrs) Remplacement du mobilier Délocalisation des établissements Rétablissement des banques du sang

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Prestation de services 1: Organisation et gestion (dont infrastructures, équipement et transport)	<p>Coût des campagnes</p> <p>Revenu moyen par patient</p> <p>Mortalité proportionnelle</p> <p>Nombre et pourcentage d'établissements de santé répondant aux normes de base en matière de capacité de service</p> <p>Nombre d'établissements de santé offrant des soins obstétriques d'urgence de base pour 500 000 personnes par unité administrative</p> <p>Nombre d'établissements de santé offrant des soins obstétriques d'urgence complets pour 500 000 personnes par unité administrative</p> <p>Pourcentage d'établissements de santé offrant une prise en charge clinique des victimes de viol + des services de contraception d'urgence et de prophylaxie post-exposition</p> <p>Pourcentage d'accouchements se déroulant avec l'assistance d'un personnel soignant qualifié</p>	<p>Augmentation de la demande de services de santé dans les zones non touchées en raison des mouvements de population</p>	<p>Mise à disposition des fournitures et des équipes médicales d'urgence disponibles; création de structures semi-permanentes et d'unités sanitaires mobiles</p>	<p>Examen du réseau de santé et rationalisation du nombre, des types et de la répartition des établissements de santé, le cas échéant</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Santé de l'enfant	<p>Prestation de services 2: domaines d'intervention du secteur sanitaire</p> <p>Taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans</p> <p>Taux de mortalité infantile</p> <p>Proportion des enfants de 1 an vaccinés contre la rougeole (et couverture estimée entre 6 mois et 15 ans)</p> <p>Couverture du DPT3 chez les enfants de moins d'un an par unité administrative</p>	<p>Augmentation de la mortalité de l'enfant/du taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans/de la mortalité néonatale</p> <p>Interruption des services de vaccination de routine</p> <p>Augmentation de la malnutrition/des interactions entre maladies chez les enfants vulnérables</p>	<p>Nombre total de cas d'infection des voies respiratoires + coût par cas</p> <p>Nombre total de cas de diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans + coût par cas</p> <p>Campagnes vaccinales de masse contre la rougeole (associées à la distribution de vitamine A, de moustiquaires, de traitements de déparasitage, etc.)</p> <p>Soins néonataux de base liés aux accouchements pratiqués dans les établissements de santé – voir le dispositif minimum d'urgence pour la santé reproductive en situations de crise (DMU)</p>	<p>Rétablissement de la vaccination de routine;</p> <p>2 campagnes annuelles de dépistage en milieu scolaire</p> <p>Renforcement de la gestion intégrée des maladies de l'enfance dans le cadre d'un ensemble de services de santé essentiels, notamment renforcement de la composante communautaire</p>
	Nutrition	<p>Nombre d'admissions dans les programmes d'alimentation complémentaire et les centres d'alimentation thérapeutique (par âge/sexe)</p> <p>Proportion/nombre de cas de malnutrition aiguë généralisée et de malnutrition aiguë sévère détectés chez les enfants de moins de 5 ans au sein du service de consultations externes/internes</p> <p>Prévalence de l'insuffisance pondérale chez les enfants de moins de 5 ans</p> <p>Proportion de la population sous le seuil minimal d'apport calorique</p> <p>Prévalence de la malnutrition aiguë généralisée et de la malnutrition aiguë sévère</p> <p>Niveau de sécurité alimentaire basé sur le Cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire (IPC)</p>	<p>Pénurie alimentaire, manque d'accès des populations vulnérables à la nourriture, diversité réduite de l'alimentation</p> <p>Modification des pratiques d'allaitement suite à la catastrophe</p> <p>Traitement de la malnutrition interrompu par la catastrophe</p> <p>Augmentation du risque de malnutrition (femmes, enfants et personnes âgées)</p>	<p>Intégration de la supplémentation en vitamine A, zinc et fer/acide folique dans les campagnes de vaccination en cours</p> <p>Dépistage de la malnutrition dans les établissements de santé et au sein de la population</p> <p>Programmes d'alimentation complémentaire et thérapeutique</p> <p>Traitement des complications médicales chez les enfants atteints de malnutrition</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Maladies transmissibles	<p>Nombre ou taux d'incidence de certaines maladies en fonction du contexte local par âge/sexe (choléra, rougeole, méningite aiguë, fièvre hémorragique, maladies zoonotiques, autres)</p> <p>Taux de létalité des maladies les plus courantes</p> <p>Taux d'incidence, de prévalence et de mortalité ou de létalité associés à la tuberculose</p> <p>Nombre et proportion des cas de tuberculose détectés et soignés dans le cadre d'un traitement de brève durée sous surveillance directe</p> <p>Taux d'incidence et de létalité associés au paludisme</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide</p> <p>Proportion d'enfants de moins de 5 ans fébriles bénéficiant d'un traitement antipaludique adapté</p> <p>Prévalence du VIH chez les 15-24 ans</p> <p>Nombre de patients sous antirétroviraux</p> <p>Utilisation du préservatif au moins lors des rapports à haut risque</p> <p>Proportion des 15-24 ans possédant de bonnes connaissances exhaustives sur le VIH/sida</p> <p>Taux de scolarisation des orphelins par rapport aux non-orphelins âgés de 10 à 14 ans</p> <p>Proportion de la population atteinte d'une infection à VIH à un stade avancé ayant accès à des antirétroviraux</p>	<p>Augmentation des taux d'incidence et de létalité, possibilité d'épidémies</p> <p>Interruption du traitement des patients sous antirétroviraux (y compris dans le cadre de la prévention de la transmission mère-enfant [PTME]) et des traitements de la tuberculose/de brève durée sous surveillance directe</p> <p>Augmentation du risque de transmission du VIH et du risque de paludisme (exposition accrue due à la destruction des logements, des moustiquaires, etc.)</p> <p>Nombre total de cas de typhoïde/fièvre + coût par cas</p> <p>Nombre total de cas de diarrhées + coût par cas</p> <p>Nombre total de cas de paludisme/dengue + coût par cas; prévention et lutte contre les épidémies</p>	<p>Prise en charge de la morbidité accrue</p> <p>Vaccination réactive de masse en cas d'épidémie (fièvre jaune, méningite, rougeole)</p> <p>Surveillance et contrôle des maladies</p> <p>Recherche et traitement des patients atteints de tuberculose connus</p> <p>Mise en place de mesures adaptées de prévention du VIH</p> <p>Recherche et fourniture d'un traitement antirétroviral aux personnes précédemment sous traitement, y compris dans le cadre de la PTME</p> <p>Distribution massive de moustiquaires</p> <p>Lutte contre les vecteurs environnementaux (dans les zones à forte densité de population)</p> <p>Mise en place de précautions universelles (distribution de kits d'hygiène, fourniture de désinfectants et de conteneurs de sécurité)</p>	<p>Éducation sanitaire/promotion de la santé dans les communautés</p> <p>Rétablissement ou création d'un programme complet de lutte contre la tuberculose, le paludisme et le VIH</p> <p>Campagnes de vaccination préventive dans les zones à risque (fièvre jaune, méningite)</p> <p>Poursuite de l'intégration des programmes verticaux dans les autres services</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Santé sexuelle et génésique	<p>Pourcentage d'accouchements se déroulant en présence d'un personnel soignant qualifié</p> <p>Pourcentage d'accouchements prévus par césarienne par unité administrative</p> <p>Nombre de cas ou incidence de la violence sexuelle (par sexe et par âge)</p> <p>Taux de mortalité maternelle; taux de fertilité</p> <p>Taux de prévalence contraceptive</p> <p>Taux de natalité chez les adolescentes</p> <p>Couverture des soins prénatals (au moins une visite et au moins quatre visites)</p> <p>Besoins non satisfaits de planification familiale</p>	<p>Augmentation du risque de mortalité maternelle et infantile</p> <p>Augmentation du risque de violence sexuelle et d'autres formes de violence basée sur le genre</p> <p>Interruption de l'accès aux services de planification familiale</p> <p>Interruption des programmes de PTME pour les femmes enceintes infectées à VIH</p>	<p>Assurer la prestation de services de santé génésique garantissant la disponibilité et, si possible, l'élargissement du DMU</p> <p>Services de prise en charge clinique des viols et de soins obstétriques d'urgence (de base et complets)</p> <p>Protection financière des services de maternité; gratuité des accouchements, soins obstétriques d'urgence et suivi post-partum</p>	<p>Assurer la mise en œuvre durable du DMU</p> <p>Garantir la disponibilité minimale des services dans le cadre du DMU, notamment des soins obstétriques d'urgence</p> <p>Intégration des interventions dans les domaines suivants: soins prénatals, PTME, nutrition et vaccination</p> <p>Renforcement du programme national de planification familiale</p>
Maladies non transmissibles	<p>Prévalence de l'hypertension et du diabète, santé mentale, dialyse rénale</p>	<p>Interruption des traitements</p> <p>Perte de patients traités pour l'hypertension et le diabète ou sous dialyse rénale</p> <p>Aggravation du diabète et de l'hypertension après la catastrophe en raison du changement d'alimentation et du stress</p>	<p>Assurer la continuité du traitement des maladies chroniques</p> <p>Rechercher les patients traités pour hypertension, diabète et/ou maladie mentale ou sous dialyse rénale</p>	<p>Rétablissement du système de données des patients sous traitement</p> <p>Renforcement des soins à domicile pour les patients atteints d'une maladie chronique (transmissible ou non transmissible)</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Blessures	<p>Pourcentage de la population atteinte de difficultés fonctionnelles graves ou très graves</p>	<p>Nombre de blessures potentiellement élevé</p> <p>Augmentation du nombre de personnes handicapées</p> <p>Les blessures non soignées et les infections qui en résultent constituent un problème de santé publique majeur et entraînent des risques de tétanos</p>	<p>Traitement des blessures – prévention de l'invalidité de longue durée</p> <p>Nombre total de cas de blessures et coût par cas</p> <p>Hôpitaux de campagne, chirurgie et soins obstétricaux d'urgence de base</p> <p>Mise en place d'un dispositif d'orientation, notamment pour l'évacuation internationale des patients</p> <p>Campagnes de vaccination, y compris contre le tétanos</p> <p>Suivi des amputations au niveau des soins primaires</p>	<p>Réadaptation des personnes handicapées</p> <p>Renforcement des capacités en matière de prothèses et de réadaptation</p> <p>Les soins aux personnes handicapées doivent être pris en compte dans le nouveau système de santé</p>
Santé mentale et soutien psychologique	<p>Pourcentage de la population atteinte de difficultés fonctionnelles graves ou très graves</p> <p>Troubles graves (p. ex., psychose, dépression grave, forme de trouble anxieux fortement invalidant): 2-3 %</p> <p>Troubles mentaux légers ou modérés (p. ex., formes de dépression et de troubles anxieux légers à modérés, y compris syndrome de stress post-traumatique léger et modéré): 10 %</p>	<p>Interruption du traitement des maladies mentales</p> <p>Diminution des capacités fonctionnelles</p> <p>En moyenne, la prévalence des troubles mentaux graves augmente de 1 %</p> <p>En moyenne, les taux de troubles mentaux légers et modérés augmentent de 5 à 10 %</p> <p>Léger ou modéré: 15-20 %</p>	<p>Renforcer l'entraide et le soutien social au sein de la communauté</p> <p>Assurer l'accès aux premiers secours psychologiques pour les personnes en situation de détresse aiguë</p> <p>Assurer la continuité du traitement, prendre en charge les troubles mentaux graves nouveaux et préexistants dans les soins de santé généraux</p> <p>Garantir la sécurité des personnes placées en établissement psychiatrique, satisfaire leurs besoins essentiels et faire respecter leurs droits + coût par cas</p>	<p>Élaboration d'un système durable de santé mentale communautaire: mettre en place des services de santé mentale communautaires de base à long terme dans les zones touchées par des crises</p> <p>Dans les districts ne disposant pas de soins psychiatriques en milieu hospitalier, les projets de construction de nouveaux hôpitaux entrant dans le cadre du relèvement devront envisager la création d'un service interne de soins psychiatriques aigus doté du personnel compétent</p> <p>Inclusion de la santé mentale dans le programme de formation des agents de soins de santé primaires</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Santé environnementale	<p>Proportion de personnes disposant de moins de 15 litres d'eau par jour</p> <p>Pourcentage de la population urbaine/rurale, accès aux points d'eau et aux installations sanitaires améliorés par sexe</p> <p>Distance jusqu'au point d'eau le plus proche, par sexe et par âge</p> <p>Distance jusqu'aux installations sanitaires les plus proches, par sexe et par âge</p>	<p>Destruction du système d'approvisionnement en eau potable</p> <p>Risques sanitaires liés à la stagnation des eaux et à la dégradation de la qualité de l'eau</p>	<p>Fourniture d'eau potable</p> <p>Fourniture d'un dispositif d'évacuation des eaux usées et des déchets solides</p> <p>Lutte contre les vecteurs environnementaux (dans les zones à forte densité de population)</p> <p>Élimination des déchets médicaux</p>	<p>Remise en état du système d'approvisionnement en eau potable afin d'éviter une nouvelle propagation des maladies transmises par l'eau</p> <p>Reconstruction du système d'évacuation des eaux usées et des déchets solides</p>
Leadership et gouvernance	<p>Capacités de gestion des risques de catastrophe et des situations d'urgence du ministère de la Santé</p> <p>Existence d'une stratégie de préparation et de réponse du secteur de la santé adaptée aux priorités et aux besoins nationaux et précisant le rôle des organismes partenaires et chefs de file</p> <p>Existence d'un mécanisme de coordination fonctionnel au niveau central et dans les domaines transversaux (de la gestion des risques de catastrophe au développement du secteur de la santé)</p> <p>Politiques et directives sanitaires, procédures opérationnelles permanentes applicables aux interventions; supervision et régulation; capacité de gouvernance</p>	<p>Réduction de la capacité nationale de réponse aux catastrophes</p> <p>L'arrivée de nouveaux acteurs venant s'ajouter à ceux déjà présents complique la coordination sanitaire</p> <p>Les gouvernements sont susceptibles d'envoyer une assistance technique/des experts afin de renforcer les fonctions du ministère de la Santé sur le long terme</p> <p>Dégradation des infrastructures et de la capacité de gouvernance du ministère de la Santé (pertes en ressources humaines, infrastructures et équipement endommagés)</p> <p>Le cadre de la PDNA/de relèvement peut être utilisé pour guider les nouveaux investissements au cours des 6-18 mois à venir</p>	<p>Mécanisme de coordination/direction au plus fort de la catastrophe (groupe thématique sur l'action humanitaire pour la santé – gouvernement)</p> <p>Garantir le respect des politiques et directives nationales par les acteurs internationaux</p> <p>Garantir/favoriser l'appropriation nationale</p>	<p>Relier la planification du relèvement à la coordination des partenaires de développement (p. ex., SWAp [Approches et programmes sectoriels], IHP+ [Partenariat international pour la santé], PNUAD)</p> <p>Élaborer une stratégie de retrait des ONG humanitaires internationales et/ou exploiter la capacité des ONG(l) à soutenir le processus de relèvement et le renforcement des capacités des autorités sanitaires du district et centrales</p> <p>Intégrer la réduction des risques et la gestion des catastrophes à la stratégie de santé</p> <p>Stratégies et plans de préparation: identification des dangers, des vulnérabilités et des capacités, systèmes d'alerte rapide, gestion établie des risques de catastrophe, programmes de sensibilisation aux risques et de formation aux risques de catastrophe et aux situations d'urgence, programmes de prévention et d'élimination des risques et programmes de préparation</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Personnel de santé	<p>Politiques et plans d'investissement nationaux dans le personnel de santé; règles, normes et données relatives aux ressources humaines; répartition et compétences des agents de santé</p> <p>Infrastructures de formation/gestion des ressources humaines en santé et leur capacité</p> <p>Mécanismes de supervision</p> <p>Nombre de personnels de santé (médecins, personnel infirmier, sages-femmes) pour 10 000 personnes par unité administrative</p> <p>Nombre d'agents de santé communautaires pour 10 000 personnes par unité administrative</p> <p>Nombre annuel de diplômés en santé issus des établissements d'enseignement pour 100 000 personnes, par niveau et domaine d'enseignement</p>	<p>Perte de main-d'œuvre, personnel de santé touché par la catastrophe (déplacement, prise en charge de leurs proches, etc.)</p> <p>Nombre de personnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes) restant pour 10 000 personnes par unité administrative (par sexe); effet du déplacement des ressources humaines pour la santé sur la distribution</p> <p>Dommages causés aux établissements de formation des agents de santé, nombre d'établissements touchés</p> <p>Dommages causés aux instituts de santé publique et de recherche et effets sur les capacités de formation des établissements</p>	<p>Remplacer, renforcer et/ou inciter la main-d'œuvre</p> <p>Proposer des incitations financières pour mobiliser le personnel de santé</p> <p>Former et déployer des agents communautaires (en respectant la parité hommes-femmes et l'équilibre entre les âges)</p>	<p>Remplacer/renforcer/stimuler la main-d'œuvre</p> <p>Reconstruire et rouvrir les centres de formation</p> <p>Adapter les programmes de formation aux nouvelles problématiques</p> <p>Délégation des tâches</p> <p>Renforcement des capacités en matière de premiers secours, préparation aux catastrophes, réponse et relèvement</p>
Information	<p>Directives et formulaires nationaux relatifs au système d'information sur les établissements et la population et au système de surveillance</p> <p>Nombre d'établissements de santé recueillant et transmettant systématiquement les données nécessaires</p>	<p>Destruction du système d'information et diminution de la capacité d'analyse nécessaire à la prise de décision</p>	<p>Renforcer le système d'alerte rapide, notamment la surveillance épidémiologique</p> <p>Coordonner le recueil et l'analyse des informations par tous les partenaires</p>	<p>Rétablir le système régulier d'information sanitaire et les comptes rendus par âge ou par sexe (le cas échéant)</p> <p>Évaluer les risques, notamment concernant les phénomènes dangereux, les vulnérabilités et les capacités</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Financement	<p>Politiques nationales de financement de la santé</p> <p>Existence d'une prise en charge des frais de santé pour les personnes n'ayant pas les moyens de payer</p> <p>Outils et données sur les dépenses de santé (comptes nationaux de la santé)</p> <p>Tarifification des services; obstacles financiers à l'accès aux services; capacité de payer, dépenses de santé en situation de catastrophe</p> <p>Ressources externes pour la santé, en pourcentage des dépenses de santé privées</p> <p>Dépenses de santé totales par habitant au taux de change moyen</p> <p>Dépenses publiques de santé par habitant au taux de change moyen (USD)</p> <p>Dépenses individuelles en pourcentage des dépenses de santé privées</p>	<p>Nouvelles pertes de moyens de subsistance et réduction de la capacité de payer les services de santé</p> <p>Dépendance accrue aux financements externes</p> <p>Perte de recettes due au dysfonctionnement des établissements, et gratuité temporaire des frais de santé</p> <p>Perte de revenus pour les caisses d'assurance maladie car les personnes ne sont pas en mesure de payer leurs cotisations</p> <p>Augmentation des frais de traitement, notamment en raison d'une demande accrue</p> <p>Augmentation des frais de transport, etc.</p>	<p>Garantir la gratuité des services de santé et des médicaments essentiels fournis dans les établissements publics et privés à but non lucratif: initialement pendant trois mois avant réexamen</p> <p>NB: il convient également d'étudier les effets de la gratuité des médicaments essentiels sur le secteur privé, en particulier si celui-ci suspend ou réduit les frais de prestation de services.</p>	<p>Mettre en place les moyens nécessaires pour analyser les conséquences éventuelles de la gratuité des soins en termes de qualité et d'accès</p> <p>Mettre en place un mécanisme permettant de compenser les pertes de revenu, en particulier dans le secteur privé à but non lucratif qui fonctionne sur le principe de récupération des coûts</p> <p>Créer un fonds de solidarité sociale ou un fonds d'urgence afin de financer l'achat des services</p> <p>Réformer à moyen et long terme le système de financement, en étudiant différents systèmes de cotisation (associés), afin de permettre une protection sociale efficace incluant tous les groupes de prestataires de services</p>

	Données de référence et difficultés antérieures à la catastrophe – indicateurs clés	Effets de la catastrophe – principales difficultés	Exemples de réponses à court terme (souvent similaires aux réponses humanitaires)	Exemples de réponses à moyen et à long terme
Technologies et produits médicaux	<p>Accès aux médicaments essentiels, aux vaccins et aux technologies, qualité garantie, sécurité, efficacité, règles et normes</p> <p>Existence d'une liste des médicaments essentiels répondant aux besoins de santé prioritaires et adaptée au niveau de compétence des agents de santé</p> <p>Infrastructure nationale de production pharmaceutique et pharmacies</p> <p>Chaînes d'achat et d'approvisionnement; assurance qualité; directives relatives aux dons de médicaments; transport et logistique sanitaires, entrepôts, chaîne du froid</p> <p>Pourcentage d'établissements de santé n'étant pas en rupture de stock de certains médicaments essentiels dans quatre groupes de médicaments, par unité administrative</p>	<p>Rupture de la chaîne d'approvisionnement et de la chaîne logistique médicale</p> <p>Dommages causés aux usines pharmaceutiques, aux centrales d'achat, aux entrepôts, à l'équipement et aux stocks</p> <p>Dons de médicaments (inadaptés)</p> <p>NB: il convient également d'étudier les effets de la gratuité des médicaments essentiels provenant de dons sur les pharmacies privées; augmentation possible des ventes de médicaments contrefaits et recours accru aux médecines traditionnelles en raison de ressources financières insuffisantes</p>	<p>Fournir des troussees, des médicaments et des fournitures médicales; remplacement des troussees de médicaments et des médicaments vitaux</p> <p>Plaider en faveur de l'application d'une liste nationale des médicaments essentiels par les prestataires de services</p> <p>Garantir l'accès gratuit aux médicaments pendant la phase d'urgence (trois premiers mois, puis réexamen)</p> <p>Suspendre les droits de douane sur les fournitures médicales pour les partenaires humanitaires</p>	<p>Approvisionnement en médicaments, troussees d'accouchement sans risque, équipement médical et générateurs</p> <p>Rétablissement de la chaîne du froid</p> <p>Intégration de l'accès aux médicaments essentiels aux nouvelles modalités de financement (notamment la création d'un fonds de solidarité sociale ou d'un fonds d'urgence visant à financer l'achat des services et des médicaments essentiels)</p>

ANNEXE 3: EXEMPLE DE TABLEAU DES COÛTS UNITAIRES DE RÉFÉRENCE ET DES HYPOTHÈSES UTILISÉS POUR ESTIMER LES DOMMAGES AUX INFRASTRUCTURES ET AUX BIENS

Coûts unitaires référence utilisés pour estimer les dommages causés aux biens dans le secteur de la santé (es USD)

Centre de santé	Type de centre*	Nombre d'unités	Coût de remplacement	Mobilier**	Équipement***	Fournitures médicales****	Secteur	
							Public	Privé
Destruction totale								
	1							
	2							
Dommages partiels								
	1							
	2							
Totaux								
	3							

Sources:

- * Définir chaque type de centre
- ** Définir le mobilier du centre en utilisant les listes types et les coûts correspondants pour chaque type d'établissement de santé
- *** Définir l'équipement en utilisant les listes types et les coûts correspondants pour chaque type d'établissement de santé
- **** Définir les fournitures médicales en utilisant les listes de fournitures et de stocks médicaux pour chaque type d'établissement de santé

ANNEXE 4: EXEMPLE DE TABLEAU DES COÛTS UNITAIRES DE RÉFÉRENCE ET DES HYPOTHÈSES UTILISÉS POUR ESTIMER LES PERTES

Coûts unitaires de référence utilisés pour estimer les pertes du secteur de la santé		Hypothèses	Coût estimatif en USD	Secteur	
Composante	Poste	Expliquer chaque estimation du coût unitaire		Public	Privé
Infrastructures	Démolition et enlèvement des débris	Coût moyen de la démolition et de l'enlèvement des débris par type d'établissement de santé			
	Centres de santé temporaires	Coût des tentes ou autres structures temporaires nécessaires à la mise en place d'un hôpital ou d'autres établissements de santé (à la fois pour remplacer les infrastructures endommagées et pour créer des structures supplémentaires dans les camps de déplacés)			
		Coût moyen de location des locaux temporaires			
Prestation et accessibilité des services	Coûts liés à la hausse d'activité temporaire des services de santé	Transport des blessés vers d'autres centres et coût moyen par blessé			
		Paiement des heures supplémentaires effectuées par le personnel			
		Recours accru aux médicaments			
		Coût par patient de la prise en charge médicale et psychologique à moyen et long terme			
		Coût moyen par patient de l'augmentation globale de la charge de travail due à la catastrophe			
		Durée de l'augmentation de la charge de travail et nombre estimé de patients supplémentaires par mois			
Gouvernance	Coûts liés à la perte de revenus	Coût moyen par patient dont la prise en charge a entraîné une perte de revenus pour l'établissement de santé, ou par personne n'étant plus en mesure de payer ses cotisations d'assurance maladie			
		Nombre et durée de prise en charge des patients ayant entraîné une perte de revenus			
		Coût moyen du personnel et des autres ressources nécessaires à la gestion du processus d'intervention et de relèvement dans les zones touchées, notamment la participation communautaire, par unité administrative			
Risques		Coûts liés aux interventions et à la gestion du relèvement au niveau national			
		Coût des systèmes d'alerte rapide permettant de détecter les hausses de morbidité et des autres systèmes d'information temporaires en cas d'urgence sanitaire (par unité administrative et/ou population type visée)			
		Coût des campagnes de promotion de la santé et de sensibilisation du grand public (par unité administrative et/ou population type visée)			
		Coût de la lutte contre les épidémies éventuelles, par exemple via des campagnes de vaccination (pour chaque maladie, par unité administrative et/ou population type visée)			
		Coût de la lutte antivectorielle (pour chaque intervention, par unité administrative et/ou population type visée)			

ANNEXE 5: EXEMPLE DE FORMULAIRE DE COLLECTE DE DONNÉES DANS LES DISTRICTS

Secteur: Santé

Province: Spécifier

Département: Spécifier

Information collectée par: Ajouter nom

Information collectée le: Ajouter date

Type d'institution	Nombre de référence	Infrastructures (#/%)	Meubles	Equipement			Fourniture médicales	Secteur (#/%)	
				Complètement détruites	Partiellement détruites	Détruites		Public	Privé
Hôpital									
Centre de santé									
Clinique									
Banque de sang									
Dispensaire									
Laboratoire									
Unité Mobile									
Etc.									
	3								
TOTAL									

Estimation des pertes

Durée de reconstruction, mois

Coûts de démolition et enlèvement des débris

Coûts plus élevés pour le traitement des blessés

Revenus moins élevés du fait de la diminution du nombre de patients traités :

- Nombre de patients avant la catastrophe
- Nombre de patients après la catastrophe
- Différence
- Coût moyen de traitement par patient
- Perte de revenu

Augmentation de la morbidité et/ou épidémie :

- Durée de l'augmentation de la morbidité et/ou de l'épidémie
- Coûts de l'alerte précoce et surveillance autre système d'information
- Coûts de la campagne d'information/sensibilisation
- Coûts de contrôle des maladies vectorielles
- Coûts de la prévention (vaccination, etc.)
- Augmentation des dépenses liées au contrôle des épidémies et de l'augmentation de la morbidité :
 - Morbidité avant catastrophe #
 - Morbidité après catastrophe #
 - Augmentation de la morbidité #
 - Coût de traitement par personne
 - Coût estimatif total

ANNEXE 8: EXEMPLES D'INTERVENTIONS VISANT À ASSURER LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

- Élaborer une politique nationale globale et des politiques spécifiques portant sur la sécurité des bâtiments et la préparation des établissements et des personnels aux situations d'urgence.
- Coordonner les programmes relatifs à la sécurité des établissements et à la préparation aux situations d'urgence au sein du ministère de la Santé, des autres organismes de la santé, des services d'urgence et des organisations de protection civile, et dans les autres secteurs tels que l'eau, l'énergie, le transport et la communication.
- Veiller à ce que les propositions et les plans de développement pour tous les nouveaux établissements de santé comportent des évaluations des dangers et des vulnérabilités.
- Évaluer les établissements de santé existants afin de déterminer les priorités de modernisation et les autres mesures à prendre (p. ex., en utilisant l'indice de sécurité des hôpitaux).
- Instituer des mécanismes indépendants de contrôle et de surveillance des projets d'infrastructures, par exemple en engageant des professionnels qualifiés qui collaborent avec les équipes des projets.
- Élaborer et mettre en œuvre un système global et intégré portant sur la planification de l'occupation des sols, la conception architecturale et les normes de construction applicables au développement et à l'entretien des établissements de santé.
 - Donner des orientations et promouvoir les meilleures pratiques dans les domaines suivants:
 - Évaluation de la sécurité des établissements de santé et entretien avant et après les catastrophes, et état des lieux de la sécurité structurelle, non structurelle et opérationnelle;
 - Programmes de préparation aux situations d'urgence dans les établissements de santé;
 - Formation multitâches pour la gestion des services d'urgence de base et des interventions chirurgicales;
 - Installation d'établissements solides et résistants sur des sites sûrs;
 - Rénovation ou reconstruction des établissements vulnérables;
 - Sécurité du milieu de travail pour les personnels de santé; et
- Sécurité des infrastructures pour les établissements de santé, en assurant la continuité des services essentiels (énergie, eau, élimination des déchets) et des fournitures médicales et sanitaires en situation d'urgence.
- Élaborer et dispenser des cours sur la sécurité et la préparation aux situations d'urgence dans les formations de premier cycle, l'enseignement supérieur et la formation professionnelle continue, dans les secteurs de la construction, de la santé et autres.
- Élaborer des études de cas et promouvoir les bonnes pratiques en matière de sécurité et de préparation aux situations d'urgence des établissements de santé.

ANNEXE 9: EXEMPLES D'INTERVENTIONS DE RÉDUCTION DES RISQUES DE CATASTROPHE ET DE PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE

- Intégrer la gestion des situations d'urgence et des catastrophes dans les cadres, les politiques et les projets législatifs.
- Créer une unité multidisciplinaire au sein du ministère de la Santé disposant de l'autorité, des capacités et des ressources nécessaires pour coordonner les activités de gestion des urgences sanitaires à tous les niveaux, dans le secteur de la santé et les autres secteurs.
- Évaluer les risques, notamment en identifiant les dangers et les vulnérabilités (de la population et du système de santé), et les capacités en collaboration avec l'autorité de gestion multisectorielle des catastrophes.
- Mettre en place un programme national suffisamment financé de renforcement des capacités pour la gestion des situations d'urgence sanitaire et des risques de catastrophe.
- Évaluer la capacité du secteur de la santé à mener des campagnes de sensibilisation, notamment pour l'éducation sanitaire, la promotion de la santé et la mobilisation sociale, afin de réduire les risques et de préparer la réponse aux situations d'urgence.
- Veiller à ce que tous les systèmes d'alerte rapide tiennent compte des risques pour la santé publique et le secteur sanitaire.
- Intégrer un module sur la gestion des catastrophes et des situations d'urgence dans les formations de premier cycle, l'enseignement supérieur et la formation professionnelle, dans le secteur de la santé et autres.
- Mettre en place des programmes visant à réduire les facteurs de risque sous-jacents (comme l'amélioration de la sécurité et de la préparation des établissements de santé).
- Mettre en place des programmes de réduction des risques et de préparation dans les domaines suivants: prévention et lutte contre les épidémies/pandémies, santé génésique, systèmes de gestion des événements faisant de nombreuses victimes, nutrition, santé environnementale, santé mentale et autres maladies non transmissibles, santé maternelle et de l'enfant, prévention et prise en charge de la violence sexuelle et basée sur le genre, et gestion des dépouilles mortelles et des personnes disparues.
- Procéder à la planification de la réponse et du relèvement du secteur et des autres éléments relatifs au programme de préparation, notamment le prépositionnement des fournitures et les exercices destinés à tester les plans, en collaboration avec les autres secteurs.

ANNEXE 10: EXEMPLE DE TABLEAU SERVANT À ÉTABLIR UN PLAN DE RELÈVEMENT AXÉ SUR LES RÉSULTATS

Besoins prioritaires en matière de relèvement	Interventions			Livrables	Coûts de relèvement			Résultats escomptés
	Court terme	Moyen terme	Long terme		Court terme	Moyen terme	Long terme	
Par région	Réparer/reconstruire les infrastructures et les actifs physiques endommagés et reconstruire en mieux							
Par région	Rétablir les services et l'accès aux biens et services et reconstruire en mieux							
Par région	Rétablir la gouvernance et les processus sociaux et reconstruire en mieux							
Par région	Traiter les nouveaux risques immédiats et réduire les risques de catastrophe							

ANNEXE 11: GLOSSAIRE

Les définitions ci-dessous sont inspirées de la Stratégie internationale de prévention des catastrophes des Nations Unies (UNISDR) 2009.

Catastrophe

Perturbation grave du fonctionnement d'une communauté ou d'une société causant des pertes et des impacts importants sur les plans humain, matériel, économique ou environnemental auxquels la communauté ou la société touchée n'est pas en mesure de faire face avec ses seules ressources.

Modernisation

Renforcement ou amélioration des structures existantes afin de les rendre plus résistantes et résilientes aux effets destructeurs des aléas.

Réduction des risques de catastrophe

Concept et pratique de la réduction des risques par des efforts systématiques d'analyse et de gestion des causes des catastrophes, et notamment par la réduction de l'exposition aux aléas, la diminution de la vulnérabilité des

personnes et des biens, la gestion rationnelle des terres et de l'environnement et l'amélioration de la préparation aux événements indésirables.

Relèvement (ou redressement)

La restauration et l'amélioration, le cas échéant, des installations, des moyens de subsistance et des conditions de vie des communautés touchées par une catastrophe, y compris les efforts visant à réduire les facteurs de risque.

Réponse (ou réaction)

La fourniture de services d'urgence et d'une aide publique pendant ou immédiatement après une catastrophe afin de sauver des vies, de réduire les impacts sur la santé, d'assurer la sécurité du public et de répondre aux besoins essentiels de subsistance des personnes touchées.

Résilience

La capacité d'un système, d'une communauté ou d'une société exposée aux risques à résister, absorber, s'adapter et se relever rapidement et efficacement des effets d'un danger, notamment par la préservation et la restauration de ses structures essentielles et de ses fonctions de base.

Risque de catastrophe

Pertes potentielles causées par une catastrophe, en termes de vies humaines, d'état de santé, de moyens de subsistance, de biens et services, qui pourraient se produire au sein d'une communauté ou une société, dans le futur.

ANNEXE 12: RÉFÉRENCES ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES

Banque mondiale, 2008, « Data against natural disasters: establishing effective systems for relief, recovery and reconstruction », de Samia Amin et Markus Goldstein.

Banque mondiale, juillet 2008, Notes relatives aux bonnes pratiques dans le secteur de la santé, vol. 1.

Comité permanent interorganisations (CPI), 2008, « Action humanitaire et personnes âgées. Informations indispensables pour les acteurs humanitaires ».

GFDRR de la Banque mondiale, 2010, « Évaluation des dommages, des pertes et des besoins. Notes d'orientation », volumes 1, 2 et 3.

Groupe des Nations Unies pour le développement, 2009, « Intégrer la réduction des risques de catastrophe dans le CCA et l'UNDAF. Note d'orientation à l'intention des Équipes de pays des Nations Unies ».

Groupe de référence du CPI pour la santé mentale et le soutien psychosocial en situation d'urgence, 2010, « Santé mentale et soutien psychosocial dans les situations d'urgence: ce que les acteurs de santé humanitaires doivent savoir », Genève.

Groupe de travail du CPI sur l'évaluation des besoins, 2012, « Guide opérationnel pour la coordination des évaluations lors des crises humanitaires ».

« Guidance Note for Integration of Disaster Risk Reduction in Bank Projects in the Health Sector », 16 mars 2009, en cours.

OPS, OMS, CICR et FICR, 2006, « Gestion des dépouilles mortelles lors de catastrophes. Manuel pratique à l'usage des premiers intervenants ».

Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2009, « Analyse du secteur de la santé dans les urgences complexes ». Disponible à l'adresse: http://www.who.int/hac/techguidance/tools/disrupted_sectors/fr/

OMS, 2007, « Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action ». Disponible en anglais à l'adresse: http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241596077_eng.pdf

OMS, « Guide Responsabilité Sectorielle Santé. Guide pratique pour la création d'un groupe de responsabilité sectorielle Santé au niveau national ». Disponible à l'adresse: http://www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/fr/

OMS, « Global Health Cluster tools ». Disponible à l'adresse: www.who.int/hac/global_health_cluster/guide/tools/en/index.html

Organisation panaméricaine de la santé (OPS), 2010, « Health Sector Self-Assessment Tool for Disaster Risk Reduction », Washington, D.C.

Réseau de métrologie sanitaire. « Guidance on recommended Indicators for HIS Strengthening ». Disponible à l'adresse:

www.who.int/healthmetrics/tools/GFGuidanceOnRecommendedIndicators09.pdf

Lectures complémentaires:

OMS, « Early Warning Systems ». Disponible en anglais à l'adresse: www.who.int/csr/labepidemiology/projects/ewarn/en/

OMS, « Emergency and Disaster Risk Management for Health ». Disponible en anglais à l'adresse: www.who.int/hac/techguidance/preparedness/en/index.html

« Des hôpitaux à l'abri des catastrophes. Campagne mondiale 2008-2009 pour la prévention des catastrophes ». Disponible en anglais à l'adresse: www.unisdr.org/2009/campaign/wdrc-2008-2009.html

« L'indice de sécurité des hôpitaux », outil mis au point par l'Organisation panaméricaine de la santé. Disponible en anglais à l'adresse: new.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&task=view&id=964&Itemid=911