



ORGANISATION PANAMÉRICAINNE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ



49^e CONSEIL DIRECTEUR

61^e SESSION DU COMITE REGIONAL

Washington, D.C., É-U, du 28 septembre au 2 octobre 2009

Point 4.18 de l'ordre du jour provisoire

CD49/22 (Fr.)

19 août 2009

ORIGINAL : ESPAGNOL

TABLE RONDE SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

La sécurité des hôpitaux : un objectif à notre portée

Introduction

1. Les carences quotidiennes dans la prestation de services de santé peuvent être compensées par plusieurs mesures, comme l'envoi de patients vers d'autres établissements. Toutefois, en cas d'urgence de grande ampleur il est nécessaire de maintenir les services essentiels de santé, ceux qui sauvent des vies.

2. Aujourd'hui, plus de 67 % des quelque 18 000 hôpitaux d'Amérique latine et des Caraïbes sont situés dans des zones où le risque de catastrophe est élevé. Bon nombre d'entre eux sont devenus inutilisables à la suite de grands tremblements de terre, d'ouragans et d'inondations. En raison de l'impact des catastrophes sur les établissements de santé, plus de 45 millions de personnes n'ont pu recevoir des soins médicaux en milieu hospitalier au fil des ans et la perte économique directe de la destruction des infrastructures et des équipements dépasserait les 4 milliards de dollars sur les 25 dernières années. Un service d'urgence inutilisable peut faire la différence entre la vie et la mort. Par exemple, lors du tremblement de terre d'août 2007 au Pérou, la ville de Pisco (100 000 habitants environ) a perdu plus de 97 % de ses lits d'hôpital, 595 personnes sont mortes et 1 295 patients ont dû être évacués par avion vers des hôpitaux de la capitale.

3. Alors que les raisons sociales, politiques et économiques justifient d'elles-mêmes le maintien en service des hôpitaux après une catastrophe, il existe une justification encore plus importante à l'intérieur même du secteur de la santé. Le coût de la gestion des hôpitaux en Amérique latine et dans les Caraïbes représente environ 70 % du budget des ministères de la santé, l'essentiel de l'argent allant aux salaires des employés. Dans

les zones isolées et les petites nations insulaires, il existe souvent un seul établissement de ce type ; s'il ne fonctionne pas, la perte est totale.

4. Cependant, la nature n'est pas, à elle seule, la cause de l'effondrement des hôpitaux. La construction de nouveaux hôpitaux sans prendre en compte les risques et les dangers naturels, la détérioration progressive ou encore le manque d'entretien de l'infrastructure sanitaire existante rendent les établissements vulnérables et contribuent à leur destruction et à la mort de leurs occupants. Les menaces sont souvent dues à la nature, mais la vulnérabilité des installations et le risque qui en résulte ne le sont pas.

5. Cette table ronde répond à la nécessité de faciliter et de promouvoir, conjointement avec les autorités sanitaires des États Membres, un débat large et profond sur l'impact socio-économique, les leçons apprises et les stratégies efficaces pour atteindre l'objectif de la sécurité des hôpitaux, aussi bien ceux déjà existants que ceux prévus dans de nouveaux projets d'investissement sanitaire.

Antécédents

6. Le 45^e Conseil directeur a adopté la résolution CD45.R8 et, au point 2 de sa décision, il a « exhorté les États Membres à adopter le principe de la "Sécurité des hôpitaux dans les cas de catastrophes" en tant que politique nationale de réduction des risques et à se fixer comme objectif d'une part que tous les nouveaux hôpitaux construits soient dotés d'un degré de protection propre à mieux garantir qu'ils demeureront fonctionnels durant les situations de catastrophes et d'autre part, que soient mise en œuvre des mesures de réduction des risques en vue de renforcer les présentes installations de santé, notamment celles qui assurent la fourniture de soins de santé ».

7. La Conférence mondiale des Nations Unies sur la prévention des catastrophes a adopté le Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, dans lequel 169 pays ont adopté un objectif visant à ce que, d'ici à 2015 tous les pays intègrent la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé, le but étant de mettre les « hôpitaux à l'abri des catastrophes ».

8. Dans le cadre de la stratégie internationale des Nations Unies pour la prévention des catastrophes (SIPC) a été organisée la Campagne mondiale 2008-2009 pour la prévention des catastrophes : « hôpitaux à l'abri des catastrophes ». Cette initiative est un processus complexe qui exige la collaboration de tous les secteurs y compris les institutions financières, de sorte que les hôpitaux aient la capacité de faire face aux catastrophes naturelles et demeurent fonctionnels en cas de catastrophes.

9. La 27^e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la résolution CSP27.R14 « Hôpitaux sûrs : une initiative régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes » et a décidé « d'exhorter les États Membres à [...] activement soutenir la campagne pour la sécurité des hôpitaux pour 2008-2009 [...] et de demander à la Directrice de l'OPS de :

- a) mettre en place de nouveaux mécanismes en vue d'évaluer la possibilité que les installations de santé demeurent fonctionnelles durant et après une catastrophe; et d'aider les États Membres à les mettre en œuvre ;
- b) aider les pays à documenter et à partager les pratiques optimales et à réaliser des progrès en ce qui a trait à l'initiative visant à garantir la sécurité des hôpitaux ; et
- c) promouvoir et renforcer la coordination et la coopération avec les institutions régionales et sous-régionales concernées par la question des catastrophes. »

10. L'Organisation mondiale de la Santé a consacré la Journée mondiale de la Santé 2009 à l'amélioration de la sécurité des établissements de santé et à la préparation du personnel soignant amené à prendre en charge des populations victimes de situations d'urgence et de catastrophes.

Objectifs

- Évaluer l'impact économique des catastrophes sur la santé et identifier les stratégies et les sources de financement pour réduire les risques dans les hôpitaux.
- Partager les leçons apprises dans la mise en œuvre de l'initiative visant à garantir la sécurité des hôpitaux dans les États Membres.
- Renforcer la coordination et la coopération entre le secteur de la santé, les organismes chargés de la prévention des catastrophes et d'autres secteurs pour atteindre l'objectif de la sécurité des hôpitaux en 2015.

Structure de la table ronde

La sécurité des hôpitaux : un objectif à notre portée	
<i>Présentation magistrale</i> (20 minutes) : <i>La sécurité des hôpitaux n'est pas seulement un problème médical. Dr Claude de Ville de Goyet</i>	
Tables de discussion (90 minutes)	
Table de discussion n° 1	
Sujet :	Comment financer l'amélioration de la sécurité dans les hôpitaux ?
Modérateur :	Le président du Conseil directeur.

Présentation du thème de discussion	Architecte Myriam Urzúa, Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).
Guide pour le débat :	<ul style="list-style-type: none"> • L'impact socio-économique des catastrophes sur la santé. • L'analyse coût/avantages d'avoir des hôpitaux sûrs. • La stratégie et les sources de financement accessibles au secteur de la santé pour la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe.
Table de discussion n° 2	
Sujet :	Les leçons apprises de la mise en œuvre de programmes nationaux pour la sécurité des hôpitaux.
Modérateur :	Le vice-président du Conseil directeur.
Présentation du thème de discussion	Dr Caroline Chang, Ministre de la Santé, Équateur
Guide pour le débat :	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse critique du processus de mise en œuvre des programmes nationaux pour la sécurité des hôpitaux. • La synergie avec d'autres initiatives et processus en cours : la sécurité des patients, la santé au travail, la sécurité en chirurgie, l'accréditation, etc. • L'utilité de la mise en œuvre de l'index de sécurité des hôpitaux et de la liste de vérification de la sécurité des hôpitaux. • La coordination des efforts entre les différentes unités et institutions du secteur de la santé.
Table de discussion n° 3	
Sujet :	Qui est vraiment responsable de la protection des hôpitaux contre les catastrophes ?
Modérateur :	Le vice-président du Conseil directeur.
Présentation du thème de discussion	Mme Laura Gurza, Coordinatrice générale, Système de protection civile, Mexique.
Guide pour le débat :	<ul style="list-style-type: none"> • La responsabilité des systèmes nationaux pour la prévention des catastrophes et l'intervention en cas de catastrophe, et celle du secteur sanitaire pour la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe. • Les mécanismes de diagnostic, de suivi et de surveillance de la sécurité des établissements de santé dans les situations d'urgence et les catastrophes. • Les stratégies et les réussites aux Amériques pour atteindre l'objectif de la sécurité des hôpitaux en 2015.
Rapports	
Rapport général : Les trois rapporteurs des trois <i>tables de discussion</i> se réuniront et élaboreront un rapport conjoint.	
Présentation du rapport en séance	Dr Jean Luc Poncelet, Responsable du domaine de préparation aux situations d'urgence et au secours immédiats en cas de catastrophe

<i>plénière</i> (10 minutes)	présente le rapport à la séance plénière du Conseil directeur.
Participants et invités	
Délégués officiels des États Membres au Conseil directeur.	
Délégués des organisations internationales, notamment :	
<ul style="list-style-type: none">• Organisation des États américains (OEA)• Banque Interaméricaine de Développement (BID)• Pan American Development Foundation (PADF)• Institut interaméricain de coopération pour l’agriculture (IICA)• Commission économique pour l’Amérique latine et les Caraïbes (CEPAL)• Banque mondiale (BM)• Centre de coordination pour la prévention des catastrophes naturelles en Amérique centrale (CEPREDENAC)• Comité Andino de Prevención y Atención de Desastres (CAPRADE)• Caribbean Disaster Emergency Response Agency (CDERA)• Stratégie internationale pour la prévention des catastrophes (SIPC)• Des agences de coopération : Office of U.S. Foreign Disaster Assistance (OFDA) ; l’Agence canadienne de développement international (ACDI) ; UK Department for International Development (DFID) ; Swedish International Development Cooperation Agency (SIDA) ; Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) ; le Service d’Aide Humanitaire de la Commission européenne (ECHO), etc.	

Présentation

11. Les États Membres sont invités à présenter des expériences réussies et des progrès dans la mise en œuvre de l’initiative visant à garantir la sécurité des hôpitaux dans leurs pays respectifs.

12. L’exposition de matériels graphiques, documents écrits et matériel audiovisuel aura lieu dans les zones adjacentes aux salles de séances du Conseil directeur.

Annexe

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE ¹ POUR LA TABLE RONDE SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

La sécurité des hôpitaux : un objectif à notre portée

1. Introduction

1. Au cours des 36 dernières années, les catastrophes ont lourdement pesé sur les conditions humaines et économiques en Amérique latine et dans les Caraïbes — plus de 114 000 personnes sont mortes et plus de 47 millions ont été touchées, la plupart au sein de groupes de population vivant déjà dans des conditions précaires en termes de logement, de revenus, d'éducation, et d'autres indicateurs sociaux. L'impact économique des catastrophes recouvre non seulement les destructions et dégâts physiques que subissent les biens, le capital et les infrastructures (s'élevant à près de 53 milliards de dollars ÉU au cours de cette période de 36 ans) mais comprend aussi les pertes résultant des dommages, qui dépassent 32 milliards de dollars en dollars courants et représentent un coût moyen annuel de près de 7 milliards de dollars ÉU.²

2. Le secteur de la santé, et en particulier les infrastructures sanitaires, a également supporté le poids de ces pertes. Plus de 67 % des quelque 18 000 hôpitaux en Amérique latine et dans les Caraïbes sont situés dans des zones présentant un risque élevé de catastrophe. Bon nombre ont dû cesser de fonctionner après de grands tremblements de terre, des ouragans et des inondations. Au cours des 25 dernières années, l'impact des catastrophes sur les établissements de santé a empêché plus de 45 millions de personnes de recevoir des soins médicaux en milieu hospitalier et les pertes économiques directes dues à la destruction des infrastructures et des équipements de santé ont probablement dépassé les 4 milliards de dollars ÉU.

3. Les perspectives d'avenir ne sont guère encourageantes. Alors que le nombre d'habitants se déplaçant vers des zones vulnérables continue d'augmenter et que les changements climatiques agissent sur le niveau de la mer, la gravité ou la fréquence des inondations et des tempêtes devrait augmenter, de même que la gravité du risque dû aux catastrophes pour les systèmes de santé.

1.1 Niveaux de protection face aux catastrophes

4. Il est admis que les infrastructures critiques comme les hôpitaux et les écoles peuvent et doivent être protégées contre ces dangers. Cependant, il existe différents

¹ En raison de contraintes tenant à la longueur des documents des organes directeurs, le présent document a été abrégé. La version originale est disponible sur demande.

² Selon les évaluations de la Commission économique pour l'Amérique latine et les Caraïbes (CEPALC).

niveaux de protection. Le Niveau 1, Protection de la vie, est le niveau minimum de protection requis dans une structure afin de s'assurer qu'elle ne s'effondre pas. Le Niveau 2, Protection des investissements, protège en totalité ou en partie l'infrastructure et l'équipement, même si l'installation elle-même peut cesser de fonctionner. Le Niveau 3, Protection des opérations, vise à éviter que les occupants d'une installation ne soient blessés et que l'infrastructure subisse des dégâts onéreux, et à maintenir la capacité de l'installation à fonctionner. Ce niveau est exigé pour les établissements de santé essentiels.

5. La définition que donne l'OPS d'un hôpital à l'abri des catastrophes repose sur la protection de Niveau 3. Au départ, un hôpital sûr était défini comme « un établissement sanitaire dont les services demeurent accessibles et qui fonctionne à sa capacité maximum, et dans la même infrastructure, pendant et immédiatement après l'impact d'une catastrophe naturelle ». ³ Plus récemment, la portée de cette définition a été élargie pour inclure non seulement une protection contre les catastrophes naturelles mais aussi après la survenue de toute « catastrophe ou situation d'urgence à grande échelle ». ⁴

1.2 Ce qu'on entend par sécurité des hôpitaux

6. De nombreux facteurs entrent en ligne de compte pour mettre un hôpital à l'abri des catastrophes. Il s'agit généralement de facteurs structurels, non structurels et fonctionnels.

- a) **Facteurs structurels** : Ces facteurs comprennent le choix de l'emplacement, la nature du terrain et les normes et techniques de construction. Il incombe aux ingénieurs, architectes et autres scientifiques de les prendre en compte.
- b) **Facteurs non structurels** : Ils comprennent les dommages occasionnés à des éléments non porteurs d'un bâtiment, comme les cloisons, les faux plafonds, l'éclairage, ainsi que la chute ou le déplacement d'équipement, de matériel ou de fournitures. Bien que des dommages subis par des éléments non structurels ne menacent pas nécessairement l'intégrité structurelle de l'installation, ils peuvent empêcher l'installation de fonctionner pendant une période de temps prolongée.
- c) **Facteurs fonctionnels** : Cette catégorie comprend la protection de tous les services essentiels pour la fourniture de soins médicaux (allant des routes d'accès praticables à la disponibilité d'eau, d'électricité et de fournitures) et le niveau de préparation de l'établissement de santé (depuis les plans et procédures d'urgence jusqu'aux exercices d'évacuation et les simulations).

³ CE140/13 (Fr.) 2007

⁴ www.safehospitals.info Brochure « Les hôpitaux à l'abri des catastrophes ».

7. Pour assurer la sécurité des hôpitaux, il est nécessaire de traiter des trois catégories de facteurs. Se contenter de préparer le personnel d'un établissement de santé pour faire face à une catastrophe est futile si l'installation n'est pas opérationnelle au moment où se produit la situation d'urgence ou, ce qui est plus tragique encore, si les travailleurs de la santé bien formés en deviennent eux-mêmes les victimes.

2. Contexte

2.1 Contexte régional

8. Les organes directeurs de l'OPS ont fortement soutenu une initiative régionale sur la sécurité des hôpitaux. En 2004, le 45^e Conseil directeur a exhorté les États Membres à construire de nouveaux hôpitaux dotés d'un niveau de protection qui garantisse mieux leur fonctionnement en cas de catastrophe. Par la suite, en 2007, la 27^e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la résolution CSP27.R14, demandant à la Directrice d'élaborer de nouveaux outils pour évaluer la probabilité que les établissements de santé restent fonctionnels pendant et après une catastrophe et d'appuyer les pays en vue de documenter et de partager les pratiques exemplaires.

9. De plus en plus, dans d'autres secteurs, les ministères des finances, de la planification ou du développement ont également reconnu l'importance de réduire les risques comme étant un facteur essentiel pour le développement durable. Le soutien du Groupe de la Banque mondiale et de la Banque interaméricaine de développement a permis une plus grande sensibilisation en dehors du secteur de la santé.

2.2 Contexte mondial

10. La Conférence mondiale des Nations Unies sur la prévention des catastrophes a approuvé le cadre d'action de Hyogo 2005–2015. Les 169 pays participants ont adopté pour objectif que d'ici à 2015, tous les pays devraient « Intégrer la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé ; [et] promouvoir l'objectif « des hôpitaux à l'abri des catastrophes ».

11. La Stratégie internationale de prévention des catastrophes (ISDR) des Nations Unies a organisé la Campagne mondiale de prévention des catastrophes axée sur le thème des « Hôpitaux à l'abri des catastrophes », 2008-2009, en vue de traiter de la question des catastrophes. Elle a souligné qu'il s'agissait d'une initiative complexe qui nécessite la collaboration de tous les secteurs, y compris les institutions financières, pour aider les hôpitaux à développer la capacité de résister à ces phénomènes naturels et à continuer de fonctionner en cas de catastrophe. L'OMS et l'ISDR ont lancé conjointement cette campagne.

12. L'OMS a consacré la Journée mondiale de la santé 2009 à la résilience et à la sécurité des installations de santé et des agents de la santé qui traitent les personnes touchées par ces situations d'urgences.

13. Encouragées par la campagne mondiale et ces événements, d'autres régions de l'OMS ont lancé plusieurs initiatives visant à réduire le risque, en particulier dans le cadre des projets de reconstruction à la suite de graves catastrophes naturelles.

2.3 Évaluation économique⁵

14. Les catastrophes doivent être considérées d'un point de vue systémique (c'est-à-dire intersectoriel) — ce qui touche l'économie touchera le secteur de la santé et vice versa. Après la réponse émotionnelle des premiers jours, les décideurs dans des situations de crise réagissent principalement en tenant compte des réalités politiques et économiques, pas des indicateurs de la santé. L'évaluation économique de la charge sociale — c'est-à-dire, le fait d'attribuer une valeur monétaire au coût — devient un outil critique alors que divers secteurs rivalisent pour obtenir de maigres ressources.

15. *Les dommages directs* sont définis comme les pertes matérielles qui se produisent comme conséquence immédiate d'une catastrophe. Les pertes physiques comprennent les actifs, le capital, et les éléments matériels qui peuvent être dénombrés, tels que les lits d'hôpitaux ou les équipements hospitaliers et les médicaments. Reconstruire les installations avec le même degré de vulnérabilité qu'auparavant serait inacceptable ; l'infrastructure de la santé touchée par les catastrophes doit être remplacés par des installations plus résilientes et plus efficaces ou reconstruites en mieux pour garantir un service de meilleure qualité et durable.

16. *Les effets indirects des hôpitaux endommagés* recouvrent à la fois la perte de revenus associée à la diminution des prestations de soins de santé et le coût accru de la fourniture des services après la catastrophe.

17. Il n'est pas facile de quantifier le vaste impact économique de la perturbation des services de santé à la suite d'une catastrophe. Toutefois, l'épidémie de dengue récente en Bolivie et la pandémie (H1N1) 2009 au Mexique⁶ démontrent que lorsqu'une urgence de santé publique devient une catastrophe, l'impact économique peut dépasser la perte de vie ou la morbidité. Dans le cas du Mexique, les pertes économiques ont été estimés à plus de 9 milliards de dollars ÉU ; les coûts de santé réels (en termes de soins médicaux,

⁵ Disease Control Priorities for Developing Countries, deuxième édition. Oxford Press et le Groupe de la Banque mondiale (2006). (Adapté du Chapitre 61 sur la réponse face aux catastrophes et les mesures d'atténuation, Ricardo Zapata).

⁶ Sur la base des estimations de l'OPS et de la CEPALC, à l'aide d'un outil méthodologique en développement.

de tests des cas, de traitement des patients, etc..) représentaient moins de 2 % de cette somme. Dans le cas de la Bolivie, les coûts médicaux réels (non compris les campagnes de prévention) représentaient environ 13 % du coût économique total estimé de la situation d'urgence, résultant principalement de la perte de revenus et des jours de travail manqués.

2.4 « La sécurité des hôpitaux » : n'est pas seulement une question médicale ou un problème de catastrophe

18. Les conséquences sanitaires d'une défaillance des hôpitaux à la suite d'une catastrophe ne sont pas limitées à l'incapacité de fournir des soins d'urgence aux victimes. L'effondrement structurel d'un hôpital menace aussi directement la vie des patients et des travailleurs de la santé. Lorsque les soins sont fournis dans des installations temporaires, l'accès à long terme aux soins et leur qualité diminuent.

19. L'impact social est également souvent négligé. Les communautés gravitent souvent autour de centres sociaux clés tels que l'église, l'école et le centre de santé. La perte de l'un de ces centres porte un coup important à la résilience de la communauté.

20. La sécurité des hôpitaux exige une vaste diffusion intrasectorielle ainsi que la coopération de nombreux autres secteurs qui doivent participer activement aux efforts déployés, et prendre le leadership sur certains aspects. Les professionnels de la santé à eux seuls ne peuvent pas résoudre cette question. Des ingénieurs structurels, des architectes, et des géologues qualifiés, ainsi que des experts en eau et électricité, et d'autres secteurs ou professions sont tout aussi importants que les experts de la santé.

21. Améliorer la résistance des établissements de santé nécessite un investissement soutenu. Malgré les graves conséquences économiques à court et à long terme de la défaillance d'un hôpital, la réduction des risques ne parvient toujours pas à attirer les fonds nécessaires. Des approches novatrices et d'autres sources de fonds sont nécessaires.

3. Responsabilité intersectorielle

3.1 Parties prenantes

22. Au moins sept catégories de parties prenantes sont appelées à intervenir dans le programme sur la sécurité des hôpitaux (appui aux services de santé, promotion de la réduction des risques catastrophe et préparation aux situations d'urgence, réglementation de la construction des bâtiments et des services de santé, construction de l'infrastructure de la santé, fonctionnement des services de santé, fourniture des services publics et d'autres services, et financement des infrastructures de la santé). Les parties prenantes

peuvent appartenir à plusieurs catégories ; par exemple, la sécurité sociale appuie, fait fonctionner et finance les services de santé.

23. *Appuyer les services de santé.* Cette catégorie englobe des entités qui visent à promouvoir la santé et appuyer les services de santé. Elle comprend les secteurs public et privé, la société civile, des ONG et des organisations communautaires.

24. *Promouvoir la réduction des risques de catastrophe et la préparation face aux situations d'urgence.* Il existe toute une série d'acteurs dans ce groupe, qui vise à diminuer le risque dans les services critiques afin de protéger l'infrastructure physique, l'équipement et les travailleurs de la santé, les patients et les visiteurs à l'intérieur des installations. Ils s'attachent également à la planification pour faire face à des situations d'urgence qui pourraient se produire à l'extérieur ou au sein de l'hôpital.

25. *Réglementer la construction des bâtiments et les services de santé.* Les parties prenantes dans cette catégorie comprennent les régulateurs nationaux responsables de la gestion de l'utilisation des sols, des codes du bâtiment et des normes relatives aux établissements de santé et aux services de santé, les autorités locales et les vérificateurs chargés de la mise en œuvre des politiques et de la bonne application des règlements.

26. *Construire l'infrastructure de la santé.* Cette catégorie comprend des constructeurs publics et privés qui doivent répondre aux normes et réglementations appropriées pour la construction de l'infrastructure physique. Des critères tels que la rentabilité, le contrôle de la qualité, et la responsabilité sont pris en compte au sein de ce groupe.

27. *Exploiter les services de soins de santé.* Cette catégorie se compose de toute une gamme de parties prenantes qui sont impliquées dans la prestation des services de santé, habituellement au sein d'un réseau de santé. Leur engagement sur le plan de la sécurité de l'hôpital a trait principalement à la vulnérabilité fonctionnelle et aux plans d'urgence, plutôt qu'à la vulnérabilité structurelle et non structurelle.

28. *Fournir des services publics et d'autres services.* Dans le cas de situations d'urgence, les fournisseurs de services publics peuvent faire la différence entre un hôpital qui continue à fonctionner et celui qui ne peut plus fonctionner. Même un hôpital qui est doté d'équipements haut de gamme et dispose d'un personnel bien formé peut ne pas être en mesure de répondre en cas d'urgence s'il n'a plus d'eau, d'électricité ou de gaz.

29. *Institutions financières.* Cette catégorie promeut le développement social et répond aux besoins sociaux. Au niveau national, l'action se concentre sur les programmes de développement social, dans le cadre desquels les installations de santé sont promues et financées par des ministères autres que le ministère de la santé. Certaines institutions

liées aux mandats présidentiels qui canalisent d'importantes ressources pour la construction d'infrastructures physiques, y compris les établissements de santé et les écoles.

3.2 Leadership pour des « hôpitaux à l'abri des catastrophes »

30. Il est essentiel d'établir la responsabilité de chaque partie prenante dans le cadre des programmes nationaux de sécurité dans les hôpitaux. Même si les pays de la Région ont adopté des approches différentes, les programmes couronnés de succès ont des caractéristiques communes —le leadership d'un établissement de santé a été étayé par un solide soutien politique et réglementaire émanant du système de sécurité sociale, de la protection civile, du comité national pour les situations d'urgence ou de toute autre institution intersectorielle responsable de la réduction des risques de catastrophe.

31. La stratégie recommandée consiste à établir une unité au sein du ministère de la santé pour diriger et réglementer un « groupe spécial chargé de la sécurité dans les hôpitaux ». Le leadership du ministère de la santé devrait permettre et encourager les autres acteurs à jouer des rôles actifs, être solidaires les uns des autres et rechercher des synergies entre les différents acteurs. Ces efforts conjoints devraient être guidés par un plan de travail élaboré selon un processus participatif et qui tienne compte de la nature des différentes parties prenantes, de leurs intérêts, capacités et contributions potentielles.

32. Compte tenu du fait que ce qui doit être fait pour préserver les établissements de santé dépasse les ressources disponibles, il est important de poursuivre une approche collégiale, interinstitutionnelle. Sur la base d'une telle approche, des critères pour accorder la priorité aux interventions de réduction des risques de catastrophe dans les établissements de santé ou pour construire de nouvelles infrastructures de santé sûres peuvent être convenus. Ces critères incluent l'attribution des priorités à des services de santé extrêmement complexes, ou le fait d'implanter des unités de soins de santé à des emplacements stratégiques ou de faire fonctionner des établissements de santé comme des centres névralgiques au sein des réseaux de santé.

3.3 Suivi et évaluation

33. Le manque de mécanismes de suivi et d'évaluation est partiellement responsable de la lenteur des progrès accomplis pour assurer la sécurité des hôpitaux. Il est important de suivre et de répertorier l'exécution des activités et la réalisation des objectifs, ainsi que d'identifier les contraintes et les obstacles qui peuvent permettre de tirer des enseignements. Ce suivi devrait être indépendant et interinstitutionnel.

34. Le secteur privé peut également participer activement aux mécanismes de suivi et d'évaluation par le biais des associations professionnelles (d'ingénieurs et d'architectes, par exemple), de cabinets d'audit et d'experts.

35. Le rôle de suivi des agences de prévention des catastrophes infrarégionales telles que la CDERA (Caribbean Disaster Emergency Response Agency) dans les Caraïbes et le rôle de l'OPS au niveau régional doivent être clarifiés et peut-être étendus, afin de garantir que les normes répondent aux impératifs régionaux et, surtout après une catastrophe, que les leçons soient apprises et largement diffusées dans toute la Région.

4. Mise en œuvre sectorielle d'un programme national d'hôpitaux à l'abri des catastrophes

4.1 Soutien politique

36. Seuls quelques pays d'Amérique latine et des Caraïbes ont réalisé des progrès significatifs sur le plan de la réduction de la vulnérabilité de leurs établissements de santé ; d'autres ne sont pas parvenus à atteindre des résultats concrets. Le facteur déterminant de la réussite est la présence d'un engagement politique clair et durable et du soutien des autorités de la santé au plus haut niveau. Un engagement volontariste du ministre de la santé est essentiel pour faire adopter des lois et des réglementations ou s'assurer que les fonds sont affectés pour renforcer les installations existantes avant une catastrophe.

37. L'engagement politique et le soutien sont généralisés au lendemain d'une catastrophe dramatique. Toutefois, si ce soutien n'est pas institutionnalisé, il diminue rapidement. En institutionnalisant le soutien à la sécurité des hôpitaux, des leçons peuvent être apprises et des lacunes identifiées. Pour l'essentiel, les grands pays ont plus de possibilités de tirer des enseignements de ces événements que les petits. Par conséquent, des évaluations de routine des catastrophes et des dégâts, dirigées au niveau régional, sont nécessaires afin que tous les pays, quelle que soit leur taille, puissent tirer des enseignements d'un ensemble plus large d'expériences. Ces enquêtes constituent l'essentiel du savoir scientifique et pratique et elles sont également un moteur de changement de premier plan.

38. Certains pays ont tiré parti d'une période très favorable à court terme à la suite d'une grande catastrophe naturelle — alors que le public est particulièrement sensibilisé et que son soutien atteint son point culminant— pour intégrer des mesures de réduction des risques dans les projets de reconstruction. Le rôle de catalyseur des organisations de gestion des catastrophes au niveau infrarégional et régional et des institutions internationales de financement devrait être reconnu.

4.2 Portée d'un programme pour la sécurité des hôpitaux

39. Que recouvre un programme pour la sécurité des hôpitaux ? Réduire la vulnérabilité du vaste réseau d'hôpitaux, de banques de sang, d'établissements de santé publique et de centres de soins de santé primaires constitue un processus important, exigeant sur le plan technique et sur le long terme qui ne peut pas s'improviser ou être remplacé par l'adoption de mesures *ad hoc* à la suite d'un tremblement de terre ou d'un ouragan. Il comprend les étapes suivantes.

a) *Stratégie et diagnostic*

40. La première étape consiste à définir quels sont les établissements de santé qui seront couverts (installations nouvelles et existantes ; hôpitaux, banques de sang et laboratoires ; etc.) dans le cadre d'un programme pour la sécurité des hôpitaux. En pratique, les pays et l'OPS ont adopté une définition pragmatique qui se centre sur le nombre de lits (50 étant un seuil commun) et inclut des établissements nouveaux (restant encore à construire) et existants, publics, privés (à but lucratif) et de la sécurité sociale (sans but lucratif), médicaux et de santé publique.

41. La cartographie des risques géologiques ou hydrologiques n'est pas du ressort direct du ministère de la santé, mais plutôt de la protection civile ou d'une autre institution intersectorielle. Le secteur de la santé est cependant responsable de rechercher ces données et de les utiliser dans sa planification quotidienne pour les infrastructures.

42. Il existe un fort consensus au niveau de la région pour que les nouvelles installations proposées se conforment à des exigences strictes de sécurité structurelle et non structurelle. La vérification de cette conformité peut rester une question non résolue.

b) *Définir des priorités et formuler un plan*

43. Faire en sorte que toutes les installations nouvelles ou rénovées soient construites et exploitées en conformité avec les impératifs en matière de sécurité est une question de volonté politique. Le manque de financement n'est pas une raison valable pour négliger cette étape de base qui a été convenue par tous les gouvernements.

44. Le renforcement de toutes les installations existantes présentant des risques constitue un défi de type différent. Il n'est ni faisable ni rentable de faire cela à court terme. Pourtant, s'abstenir de résoudre ce problème n'est pas défendable d'un point de vue technique ou éthique. Une façon de définir des priorités consiste à appliquer l'indice de sécurité des hôpitaux. L'expérience du Mexique dans les 1 381 établissements de l'Institut mexicain de sécurité sociale (dont le signe en espagnol est IMSS) a montré que l'application de cet indice est un processus relativement rapide permettant une appropriation locale du processus.

L'indice de sécurité des hôpitaux

L'indice de sécurité des hôpitaux est une première étape importante pour accorder la priorité à l'investissement d'un pays dans la sécurité des hôpitaux. Il donne un aperçu dans le temps de la probabilité qu'un hôpital ou un établissement de santé puisse continuer à fonctionner dans des situations d'urgence.

Premièrement, une équipe d'évaluation indépendante utilise la **Liste de contrôle de la sécurité des hôpitaux** normalisée pour évaluer le niveau de sécurité de l'hôpital dans 145 domaines. Une fois la liste de contrôle terminée, l'Équipe d'évaluation valide collectivement les notes et les saisit dans un calculateur de notes, qui pondère chaque variable en fonction de son importance relative pour la capacité d'un hôpital à faire face à une catastrophe et à continuer de fonctionner. La dernière note de l'indice de sécurité place un établissement de santé dans l'une des trois **catégories de santé**, ce qui aide les autorités à déterminer quels sont les établissements où il est le plus urgent d'intervenir :

- **Catégorie A** pour les établissements jugés capables de protéger la vie de leurs occupants et dont il est probable qu'ils continuent à fonctionner en cas de catastrophe.
- **Catégorie B** pour les établissements qui peuvent résister à une catastrophe mais où les équipements et les services critiques sont en situation de risque.
- **Catégorie C** pour un établissement de santé où l'on considère qu'il existe des risques pour la vie et la sécurité des occupants en cas de catastrophe.

45. La sécurité structurelle est le principal impératif. L'effondrement d'un hôpital qui entraîne la mort de membres du personnel et de patients n'est plus considéré comme acceptable. Si l'on n'estime pas raisonnablement qu'un bâtiment résistera au passage d'un ouragan ou à un tremblement de terre, il ne sert à rien d'entreprendre de vastes mesures d'atténuation non structurelles.

c) *Promulguer des lois et émettre des réglementations*

46. Les progrès seront limités si l'on s'en remet à l'initiative et à la bonne volonté d'institutions privées ou publiques. La sécurité doit être réglementée. Parmi les pays des Amériques qui ouvrent la voie pour l'adoption de normes spécifiques pour les hôpitaux, on peut citer le Chili, la Colombie, le Costa Rica, El Salvador, le Mexique et le Pérou. Dans un plus petit nombre de cas, la contribution normative a également inclus la promulgation de réglementations et procédures.

47. L'élément clé, c'est que les normes et les codes du bâtiment applicables aux logements, aux bureaux et même aux écoles peuvent ne pas être suffisantes pour assurer le fonctionnement continu des installations de santé les plus critiques. Les pays classent souvent les bâtiments en quatre catégories, la plus haute comprenant les installations qui doivent rester opérationnelles immédiatement après l'impact. Les centres de télécommunications, la police et les services de sécurité, les casernes de pompiers, les services de coordination des secours, — et les installations de la santé— rentrent dans cette catégorie.

48. L'expertise de la division infrastructure du ministère de la santé sera indispensable dans l'élaboration de normes spécifiques pour les différents types d'installations, comme les hôpitaux, les banques de sang, les laboratoires).

d) *Mise en œuvre progressive et vérification*

49. Il n'est pas rare d'assister à des évaluations de la vulnérabilité d'un établissement de santé qui ne sont suivies d'aucunes mesures correctives. Les ressources humaines doivent être allouées pour la mise en œuvre du programme et le suivi des résultats.

50. Plusieurs questions doivent être déterminées. a) Qui, au sein du ministère de la santé, devrait en assumer la responsabilité ? b) La responsabilité devrait-elle revenir au programme de gestion des catastrophes ou au département de l'infrastructure qui a une autorité plus directe et le savoir-faire en ingénierie et en maintenance ? c) Le programme devrait-il relever du ministère de la santé, le centre normatif du secteur, ou de la sécurité sociale, l'agence qui est la plus investie dans les hôpitaux et les autres infrastructures de soins ? d) Enfin, la prévention des risques constitue-t-elle une situation d'urgence ou une question de développement durable ?

51. Parmi les États Membres dotés d'un programme actif de sécurité des hôpitaux, les opinions et les solutions varient largement. Cependant, toutes les expériences couronnées de succès partagent une caractéristique commune : toutes les parties concernées ont pris une part active au processus. Les gestionnaires des catastrophes et les experts de l'infrastructure ont collaboré étroitement. La sécurité sociale et le ministère de la santé, quelle que soit l'entité assumant le leadership, travaillent en partenariat. Que le programme soit considéré comme un investissement à long terme (approche privilégiée) ou une fonction liée aux catastrophes, son succès dépend de la bonne collaboration de tous les partenaires, par le biais de l'institutionnalisation d'un mécanisme de coordination, qu'il s'agisse d'un comité ou d'un conseil, pour la sécurité des hôpitaux.

52. Dans le monde entier, les institutions publiques ont eu davantage tendance à s'effondrer que celles du privé. Cela tient peut-être à l'âge et au mauvais entretien des

hôpitaux publics. Une autre cause peut tenir au fait que les normes et les codes du bâtiment n'étaient correctement pas appliqués.

53. Le suivi et la supervision pendant la construction sont indispensables.

5. Financement

5.1 Coût de la réduction des risques

54. Le coût de la sécurité d'un hôpital ou d'un établissement de santé est négligeable lorsque cela est inclus dans les considérations au début de la conception. Pour la vaste majorité des nouveaux établissements de santé, le fait d'intégrer une protection globale contre les tremblements de terre et les événements météorologiques dans la conception dès l'abord n'ajoutera que 4 % au coût.⁷

55. Le coût de l'adaptation a posteriori des installations de santé existantes varie considérablement. Par exemple, les éléments non structurels — le contenu, plutôt que le bâtiment lui-même — représentent la majeure partie de la valeur de l'hôpital. Les dommages subis par les éléments non structurels sont également ceux qui rendent le plus souvent un hôpital inutilisable pendant une catastrophe naturelle. L'adaptation des éléments non structurels ne coûte que 1 % environ, tout en protégeant jusqu'à 90 % de la valeur d'un hôpital.⁸

56. La rentabilité de la prévention des dégâts ou de la perte de services a été bien documentée dans les différents établissements. Toutefois, l'incertitude relative aux situations de catastrophe nécessite un programme complet de réduction des risques dans de nombreuses institutions, une entreprise onéreuse. Le rendement financier de cette mesure dépendra du niveau de risque (gravité et récurrence) et du coût.

5.2 Sources de financement

57. Le financement d'un plan national à moyen terme pour la « sécurité des hôpitaux » devrait provenir principalement des ressources nationales : le budget national, le budget du secteur de la santé et des fonds et instruments intersectoriels spécifiques.

⁷ Protecting New Health Facilities from Disasters: Guidelines for the Promotion of Disaster Mitigation, Washington D.C., OPS/OMS. 2003.

⁸ Guidelines for Seismic Vulnerability Assessment of Hospitals. Organisation mondiale de la santé et National Society for Earthquake Technology (NSET), Népal.

a) *Mécanismes intersectoriels*

58. De bons exemples de l'utilisation des instruments financiers et de la couverture d'assurance pour le risque global de catastrophe sont les fonds nationaux du Mexique pour lutter contre les catastrophes — un pour l'intervention d'urgence (FONDEN) ; deux pour la prévention des catastrophes (FOPREDEN et FIPREDEN) ; et une obligation paramétrique contre les tremblements de terre qui est arrivée à échéance en 2009.

59. Certains pays ont une assurance partielle pour leur infrastructure de la santé ou hospitalière — couvrant normalement les bâtiments, les équipements spécialisés ou les stocks. Cependant, peu d'attention a été accordée à l'utilisation d'une couverture financière pour garantir la continuité du service (« l'activité »). Une question qui mérite d'être examinée est celle de la faisabilité de l'adoption d'une telle couverture « paramétrique » ou pour la « continuité de l'activité », soit par l'entremise d'une assurance (locale, financée ou subventionnée par l'état ou par une réassurance au niveau international) ou d'instruments financiers tels que les obligations ou les produits dérivés.

60. On peut également citer l'exemple de la Caribbean Catastrophe Risk Insurance Facility (CCRIF), qui est également un instrument d'assurance paramétrique. Elle assure le risque du gouvernement et vise à limiter l'impact financier des ouragans et des tremblements de terre catastrophiques pour les gouvernements des Caraïbes en fournissant rapidement des liquidités à court terme lorsqu'une police d'assurance est déclenchée.

Mécanismes sectoriels

61. Le secteur de la santé a également développé ses propres mécanismes de financement de l'adaptation ou de la reconstruction des établissements de santé non sûrs. La sécurité (ou son absence) devient un facteur déterminant critique pour la mise en œuvre sélective du plan directeur du secteur de la santé pour la réforme et l'extension des services de santé. Une plus grande priorité est accordée à la construction d'établissements nouveaux et plus grands dans des régions et des communautés qui ont des installations qui ne sont pas sûres dans des zones à très fort risque, où la couverture santé est insuffisante. La réduction des risques fait désormais partie intégrante du développement des services de santé.

62. Ainsi, un plan d'action volontariste, dont l'initiative pour la sécurité des hôpitaux est un exemple positif, doit être élargi à la réduction des risques et à la prévention plutôt qu'aux mesures correctrices qui dépassent les aspects médicaux. Les considérations financières, l'assurance-risque et les instruments d'investissement doivent être considérés comme une partie importante de l'initiative pour la sécurité des hôpitaux face à des risques qui semblent augmenter et prendre une dimension plus globale et plus grave.

6. La voie à suivre

63. La sécurité des hôpitaux devient une nécessité sociale et politique impérative à mesure que le public prend davantage conscience des risques accrus et des avantages des mesures d'atténuation. Mais le secteur de la santé à lui seul ne peut pas atteindre cet objectif. Cela nécessite la participation active, voire le leadership, du secteur de la protection civile et un soutien durable et explicite des plus hautes autorités et des organes législatifs. Une plus grande sécurité des hôpitaux doit être un processus intersectoriel.

64. Le fait qu'il s'agisse d'une question intersectorielle ne dégage pas pour autant le ministère de la santé de ses responsabilités à la tête du secteur de la santé. Le ministère de la santé doit jouer le rôle de leadership pour protéger les établissements de santé et assurer la continuité des soins de santé (activité) dans l'ensemble du secteur. Il devrait encourager et faciliter la participation pertinente de la sécurité sociale et des institutions privées (à but lucratif et sans but lucratif).

65. De même, la responsabilité de la protection contre les catastrophes naturelles peut ne pas incomber exclusivement au programme ou à l'unité chargée des catastrophes du ministère. Les divisions de l'infrastructure et de l'entretien sont tout aussi concernées et compétentes en la matière. Leur rôle, éventuellement en position de leader, est essentiel.

66. Certes, le fait de réduire au maximum le risque dans les nouvelles installations est largement reconnu comme un impératif, néanmoins il se peut qu'il ne soit pas réalisable de réduire le risque dans toutes les installations existantes à court terme. Toutes les installations devraient être classées, éventuellement en utilisant l'indice de sécurité des hôpitaux de l'OPS, et des priorités devraient être définies pour l'adaptation progressive des installations clés dans le cadre d'une stratégie et d'un plan national pour la sécurité des hôpitaux.

67. La sécurité des hôpitaux ne constitue pas une préoccupation temporaire ni une campagne de courte durée. C'est, ou cela devrait être, un engagement à long terme et un programme s'inscrivant dans le contexte du développement durable. En conséquence, les pays devraient mettre en place les structures administratives et juridiques correspondantes et prendre des dispositions budgétaires.

68. La sécurité des hôpitaux exige des financements durables à affectation spéciale. Ces financements peuvent être obtenus au moyen d'une série de mécanismes de réduction des risques intersectoriels, nationaux ou régionaux ainsi qu'en incluant des lignes budgétaires pour l'évaluation et la réduction des risques dans le budget central de la santé ainsi que dans les dotations régionales dans les pays décentralisés.

69. Le soutien des organes législatifs est essentiel et ne peut pas être improvisé. Une campagne d'information faisant intervenir des législateurs et le public va aider à garantir leur soutien éclairé et la durabilité des efforts entrepris.

- - -