ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

146e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

Point 4.12 de l'ordre du jour provisoire

CE146/20 (Fr.)
12 mai 2010
ORIGINAL : ESPAGNOL

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

Introduction

1. En 2009, le 49e Conseil directeur de l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS) a approuvé le rapport final de la Table ronde sur « La sécurité des hôpitaux : un but à notre portée » (document CD49/22, Add. 1). Ce document recommande aux pays d'élaborer des plans de travail pour réaliser l'objectif de la sécurité des hôpitaux d'ici 2015 pour faire face aux catastrophes et il demande au Bureau sanitaire panaméricain (le Bureau) de présenter un rapport d'étape au 50e Conseil directeur.

2. La Table ronde a également recommandé de travailler à la mise en application des résolutions antérieures qui exhortaient les pays de la Région à établir la sécurité de leurs hôpitaux dans les délais les plus brefs possibles pour faire face aux catastrophes.

3. Pour faire avancer l'objectif de la sécurité des hôpitaux pour faire face aux catastrophes d'ici 2015, il est nécessaire d'élaborer un plan d'action Régional avec une vaste participation des États membres et l'appui du Bureau, aux fins de discussion et d'approbation lors du 50e Conseil directeur de l'OPS.

4. Les présentes directives résultent de la consultation technique réalisée au Pérou en décembre 2009, à laquelle ont participé des experts nationaux et internationaux d'Amérique du Nord, d'Amérique du Sud, d'Amérique centrale et des Caraïbes. Cette consultation a été suivie d'une discussion virtuelle pour consolider les résultats de la première consultation et les rédiger sous forme d'objectifs et de buts.

5. Le présent document a été soumis à une consultation plus élargie afin d'obtenir la consolidation des commentaires et les suggestions des fonctionnaires des programmes de prévention des catastrophes des ministères de la santé des États membres, et il est soumis

à la révision de la 146e session du Comité exécutif aux fins de discussion postérieure et d'approbation dans le cadre du 50e Conseil directeur en septembre 2010.

Antécédents

6. Le 45e Conseil directeur a approuvé la Résolution CD45.R8 (2004) qui, en son point 2, « exhorte 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 ».

7. La Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles (2005) des Nations Unies a adopté le « Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 », par lequel les 169 pays participants se sont fixé comme but que d'ici 2015, tous les pays devront « intégrer la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé ; promouvoir l'objectif des hôpitaux à l'abri des catastrophes ».

8. La 27e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la Résolution CSP27.R14 (2007) « Hôpitaux sûrs : une initiative Régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes »[1], qui exhorte les États membres à élaborer des politiques nationales sur la sécurité des hôpitaux et demande à la Directrice d'appuyer les pays pour faire avancer l'initiative sur la sécurité des hôpitaux.

9. L'OMS a consacré la Journée mondiale de la Santé (2009) au thème de la « sécurité des hôpitaux dans les situations de catastrophes », en insistant sur l'importance de disposer d'établissements de santé qui demeurent en état de fonctionner dans des situations de catastrophe et de crise de toute origine.

Analyse de la situation

10. 67 % des établissements de santé de la Région sont situés dans des zones exposées aux risques de catastrophes. En moyenne, un hôpital qui ne fonctionne pas dans la Région signifie que près de 200 000 personnes sont sans service de soins de santé et l'absence de services d'urgence lors de catastrophe réduit considérablement la possibilité de sauver des vies. En conséquence, plus de 45 millions de personnes dans les Amériques n'ont pas pu bénéficier de services de soins de santé pendant des mois, voire des années, entre 2000 et 2009 en raison des dommages causés directement par une catastrophe.

[1] Récemment, la terminologie des documents officiels des Organes directeurs de l'Organisation panaméricaine de la santé a été harmonisée et ce qu'on définissait dans l' « Initiative » correspond à une « Stratégie ».

11. Il existe une demande publique croissante pour la sécurité des hôpitaux et une volonté politique de plus en plus grande, qui s'exprime par l'adoption de résolutions, d'accords et d'engagements à l'échelle mondiale, Régionale et infrarégionale. Dans le cas de la Colombie, de l'Équateur, du Mexique et du Pérou, par exemple, la volonté politique s'est traduite par la création et l'exécution de plans et de programmes nationaux sur la sécurité des hôpitaux.

12. L'absence d'information précise et actualisée sur le nombre et les conditions de sécurité des ressources physiques en santé et l'existence d'établissements de santé dispersés et d'accès difficile ont compliqué le processus de quantification des établissements sanitaires où la sécurité est déficiente ainsi que de l'impact de leur vulnérabilité.

13. Dans divers pays, la responsabilité de garantir la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophes d'ici 2015 est assumée ou partagée par les organismes nationaux multisectoriels de réduction des effets des catastrophes, qui font appel à d'autres acteurs au sein et en dehors du secteur de la santé. Dans la majorité des pays, cependant, la participation d'autres secteurs est encore très limitée, ce qui a rendu difficile l'incorporation de l'initiative sur la sécurité des hôpitaux dans des actions concrètes à moyen et à long terme.

14. Étant donnés l'augmentation des problèmes de santé publique, le fait que la sécurité des hôpitaux n'est pas considérée comme une valeur sociale, la réduction des ressources budgétaires suite à la crise économique, de même que la rotation élevée et l'insuffisance des ressources humaines en santé, la sécurité des hôpitaux fait concurrence à d'autres priorités, y compris la lutte contre la pauvreté et la réduction des inégalités.

15. De nombreux pays ont commencé d'élaborer ou ont actualisé une législation spécifique sur la conception, la construction et le fonctionnement d'établissements de santé en cas de catastrophe. Cependant, la majorité des pays manquent encore de normes actualisées, de mécanismes de contrôle et de responsabilité administrative pour garantir la sécurité et le fonctionnement continu des établissements de santé en cas de catastrophe et, par conséquent, on continue de bâtir des établissements de santé situés dans des zones à risque élevé et sans les mesures de protection appropriées.

16. La protection des établissements de santé n'a pas été incorporée dans les plans de développement de l'infrastructure de tous les pays, ce qui a entraîné l'absence de procédures institutionnalisées d'atténuation. Dans ces cas, les études de faisabilité et de préfaisabilité ne sont pas menées correctement et peuvent donner lieu à une mauvaise gestion des ressources. Il en résulte que les agrandissements ou modifications sont réalisés de façon inorganique et augmentent la vulnérabilité des établissements de santé.

17. Certains pays ont inclus avec succès les critères de sécurité des hôpitaux dans les processus d'accréditation, de certification et d'octroi de licences pour les établissements de santé.

18. Au cours de ces dernières années, tous les pays ont renforcé leur capacité technique en matière de réduction des effets des catastrophes et, dans certains cas, ils ont atteint des niveaux d'excellence dans des thèmes spécifiques. Comme résultat, il existe une disponibilité croissante d'experts nationaux et Régionaux en la matière, et le thème de la sécurité des hôpitaux est en passe d'être incorporé progressivement aux programmes d'études universitaires.

19. Même s'il est nécessaire d'effectuer une recherche appliquée plus approfondie concernant la réduction de la vulnérabilité, car les bénéfices de l'application de mesures d'atténuation ne sont évidents qu'après la catastrophe, la Région dans son ensemble dispose de guides et de publications techniques d'accès facile : une grande partie de ces connaissances a été incorporée est disponible Internet par le biais de pages Web institutionnelles. Néanmoins, l'information technique disponible n'est pas suffisamment disséminée et le thème n'a pas été internalisé par les professionnels de la santé, du génie ou de l'architecture.

20. Le développement d'instruments simplifiés communs comme l'Indice de sécurité des hôpitaux (ISH) et sa liste de vérification, obtenus avec la participation d'experts de toute la Région, et l'acceptation par les organes directeurs des hôpitaux de l'évaluation de leurs établissements de santé a permis, en un laps de temps relativement court, à 17 pays d'évaluer la sécurité de 194 hôpitaux en cas de catastrophe.

21. Les résultats de l'application de l'indice de sécurité des hôpitaux montrent que seulement 39 % des hôpitaux évalués ont la possibilité de continuer à fonctionner en cas de catastrophe et que 15 % des hôpitaux requièrent des mesures urgentes dans l'immédiat car les niveaux de sécurité des établissements ne sont pas suffisants pour protéger la vie des patients et du personnel durant et après une catastrophe.

22. L'application de l'indice de sécurité des hôpitaux s'est avérée avantageuse pour le renforcement du réseau des services de santé, pour la priorisation des mesures d'amélioration de la sécurité et pour l'élaboration de plans d'intervention du secteur de la santé en cas de catastrophes, étant donné que l'indice tient compte du degré de sécurité des établissements évalués et de probabilité qu'ils continueront à fonctionner en cas de catastrophe.

23. La méthodologie d'évaluation de la sécurité des hôpitaux va au-delà du secteur de la santé et trouve son application dans des centres éducatifs et d'autres organismes publics.

24. Les institutions financières mais aussi de nouvelles sources de financement disponibles font montre d'un grand intérêt concernant la construction d'hôpitaux et la gestion des risques mais le manque d'incitation à l'investissement dans la sécurité des hôpitaux a eu comme résultat que peu de projets ont incorporé des critères de protection et qu'un très petit nombre d'hôpitaux existants ont mis en application des mesures d'atténuation, y compris ceux qui ont été évalués et considérés à risque élevé.

25. De façon générale, peu de ressources sont affectées au maintien des établissements de santé existants, ce qui limite les actions de réparation réactive quand le dommage ou le mauvais fonctionnement se produit, et repousse ou élimine les actions de protection anticipée.

But

26. Le présent Plan d'action a pour but de permettre aux États membres d'adopter le thème de la « sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe » comme une politique nationale de réduction des risques et d'atteindre le but que tous les nouveaux hôpitaux soient construits avec un degré de protection permettant de mieux garantir leur capacité de continuer à fonctionner dans des situations de catastrophe. De même, le plan veut encourager les États membres à mettre en œuvre des mesures adéquates d'atténuation pour améliorer la sécurité des établissements de santé existants.

Objectifs, buts, indicateurs et actions

Objectif 1
Élaborer et mettre en pratique la politique et le programme national de sécurité des hôpitaux pour promouvoir la coordination et la participation interinstitutionnelle et intersectorielle aux niveaux national, infranational et local, identifier les priorités d'intervention, affecter des ressources et réaliser l'évaluation et le suivi.

But
En 2011, 80 % des pays auront établi un programme national de sécurité des hôpitaux.

Indicateur
Pourcentage de pays qui ont officiellement établi un programme national de sécurité des hôpitaux.

Actions

1.1. Élaboration et adoption de la politique nationale de sécurité des hôpitaux en cas de catastrophes.
1.2. Création et fonctionnement d'un programme national de sécurité des hôpitaux avec une participation interinstitutionnelle et multisectorielle.
1.3. Élaboration de directives, de procédures et de normes pour la mise en œuvre du programme de sécurité des hôpitaux aux niveaux national et infranational.
1.4. Élaboration d'instruments de suivi et d'évaluation de l'avance du programme de sécurité des hôpitaux.

Objectif 2

Développer et appliquer des systèmes d'information pour identifier à temps toutes les nouvelles constructions, réparations ou améliorations de l'infrastructure de santé afin d'incorporer des mesures qui garantissent leur fonctionnement en cas de situations d'urgence ou de catastrophes.

But

D'ici 2013, 90 % des pays auront un système d'information sur la construction des nouveaux hôpitaux ou sur les améliorations apportées à ceux qui existent déjà.

Indicateur

Proportion de pays qui ont des rapports actualisés sur les nouveaux investissements dans l'infrastructure de la santé.

Actions

2.1. Élaboration et application de méthodologies et d'outils pour identifier les nouveaux projet d'investissement en santé.
2.2. Incorporation de l'information sur les processus de financement et l'exécution de projets d'établissement de santé dans le programme de l'organisme international de transparence des Nations Unies et des pays.
2.3. Élaboration d'un mécanisme d'enregistrement et de consolidation de l'information sur les nouveaux projets d'investissement en santé aux niveaux Régional et national.
2.4. Adoption de mécanismes de transparence dans le financement et l'exécution des œuvres d'infrastructure de santé.

Objectif 3

Établir et mettre en œuvre des mécanismes de supervision et de contrôle indépendant des projets d'investissement, avec l'intervention de professionnels qualifiés.

But
D'ici 2013, au moins 80% des pays de la Région auront établi des mécanismes de supervision des œuvres de construction des hôpitaux et d'autres investissements dans les établissements de santé.

Indicateur
Nombre de pays qui ont des mécanismes de supervision indépendants des œuvres et autres investissements en santé.

Actions
3.1. Élaboration et application des termes de référence de la supervision des œuvres et investissements en santé.
3.2. Développement des ressources humaines pour l'évaluation de projets d'investissement en santé.
3.3. Application de mécanismes de contrôle et de supervision des projets.
3.4. Création et actualisation d'un annuaire Régional, infrarégional et national d'experts en sécurité structurelle, non structurelle et fonctionnelle des établissements de santé.

Objectif 4
Garantir l'incorporation de critères de protection de la vie, de l'investissement et de la fonction à toutes les étapes des nouveaux projets d'investissement en santé.

But
D'ici 2015, tous les pays auront incorporé des mesures qui garantissent le fonctionnement des établissements de santé en cas de catastrophes dans tous les nouveaux projets d'investissement en santé.

Indicateur
Proportion de nouveaux projets par pays qui incorporent des critères de protection dans les nouveaux projets d'investissement en santé.

Actions
4.1. Élaboration d'instructions techniques pour l'analyse de l'emplacement des établissements de santé et de leur environnement.

4.2. Incorporation des normes minimales de sécurité des hôpitaux dans les accords de financement des établissements de santé.
4.3. Application d'instructions techniques afin d'incorporer l'atténuation des dommages dans les projets de nouveaux établissements de santé et incorporer ces instructions aux termes de référence dans les processus d'appels d'offres en matière de conception, construction et fonctionnement.

Objectif 5
Actualiser les normes de conception, de construction et de fonctionnement des établissements de santé afin de protéger les composantes structurelles, non structurelles et fonctionnelles en cas de catastrophe.

But
D'ici 2015, 90 % des pays disposeront de normes actualisées de sécurité pour la conception, la construction et de fonctionnement des nouveaux établissements de santé.

Indicateur
Nombre de pays qui ont des normes actualisées de sécurité des établissements de santé.

Actions
5.1. Application de normes minimales de sécurité pour l'octroi de permis aux nouveaux établissements de santé.
5.2. Élaboration d'un cadre légal qui garantit que les nouveaux établissements de santé et les services médicaux d'appui remplissent les conditions minimales pour continuer de fonctionner en cas de catastrophe.

Objectif 6
Améliorer la sécurité des établissements de santé existants, en priorisant ceux qui, par leur importance et leur capacité de résolution, forment une partie essentielle du réseau des services de santé dans les situations d'urgence et en cas de catastrophes.

But
D'ici 2015, au moins 90 % des pays auront amélioré la sécurité des établissements de santé existants en cas de catastrophes.

Indicateur
Nombre d'établissements de santé priorisés qui ont amélioré leur sécurité en cas de catastrophes dans chaque pays.

Actions

6.1. Diagnostic de sécurité des réseaux de services de santé et d'identification des établissements de santé prioritaires, en appliquant l'ISH ou autre système similaire.

6.2. Incorporation de critères de sécurité dans les instruments pour l'accréditation et la certification des établissements de santé et de services médicaux d'appui.

6.3. Élaboration de plans d'intervention et de formation du personnel de santé en gestion des risques et de soins en cas de catastrophes dans les réseaux de services de santé situés dans des zones propices aux catastrophes.

6.4. Intervention sur la vulnérabilité dans les établissements de santé prioritaires.

Mesures à prendre par le Comité exécutif

27. Le Comité exécutif est prié d'examiner le Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux et d'étudier la possibilité d'approuver le projet de résolution (annexe B).

Annexes

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricaine, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE146/20 (Fr.)
Annexe A

FORMULAIRE ANALYTIQUE VISANT À LIER LES POINTS DE L'ORDRE DU JOUR AUX DOMAINES DE L'ORGANISATION

1. Point de l'ordre du jour : 4.12. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

2. Unité responsable : Préparation aux situations d'urgence et aux secours en cas de catastrophes

3. Fonctionnaire chargé de la préparation : Dr. Ciro Ugarte

4. Liste de centres collaborateurs et d'institutions nationales liés à ce point de l'ordre du jour :

- Centre collaborateur d'atténuation des effets des catastrophes dans les établissements de santé, Université du Chili.
- Centre collaborateur de préparation aux situations d'urgence et de réponse en cas de catastrophes, Université de Yale.
- Ministères de la santé de tous les pays de la Région.
- Organismes nationaux de prévention et d'intervention en cas de catastrophes de tous les pays de la Région.
- Institutions d'assurance sociale, forces armées, police, entreprises d'État et autres institutions qui ont des services de santé.
- Facultés de sciences de la santé, de médecine, de génie et d'architecture.
- Associations d'ingénieurs, d'architectes, d'administrateurs d'hôpitaux, entre autres.
- Comité andin de prévention et d'intervention en cas de catastrophes (CAPRADE).
- Centre de coordination de la prévention des catastrophes naturelles en Amérique centrale (CEPREDENAC).
- Agence de gestion des situations d'urgence et de catastrophes des Caraïbes (CDEMA).
- Stratégie internationale de réduction des risques de catastrophes des Nations Unies.
- Dispositif mondial pour la prévention des risques de catastrophes et le relèvement (GFDRR) de la Banque mondiale.
- Fédération internationale des hôpitaux.
- Autres institutions nationales et internationales liées aux services de santé et à la réduction des catastrophes.

5. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Programme d'action sanitaire pour les Amériques 2008-2017 :

a) Renforcer l'autorité sanitaire nationale : « Les ministères de la santé doivent exécuter pleinement les fonctions essentielles de santé publique et jouer un rôle efficace dans l'exécution, la réglementation et la gestion des systèmes de santé. Une partie essentielle du rôle directeur de l'Autorité sanitaire nationale est d'assurer que les thèmes de santé qui ont été adoptés comme mandats Régionaux et infrarégionaux sont incorporés dans le programme continental de développement ».

b) Renforcer la sécurité sanitaire : « Les pays des Amériques doivent se préparer et prendre des mesures intersectorielles pour faire face aux catastrophes, pandémies et maladies qui affectent la sécurité sanitaire nationale, Régionale et mondiale ».

6. Liens entre ce point de l'ordre du jour et le Plan stratégique 2008-2012 :

Objectif stratégique 5 : « Réduire les effets des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits sur la santé et minimiser leur impact social et économique ».

« Les catastrophes naturelles continuent d'être la menace la plus courante pour les pays d'Amérique latine et des Caraïbes. Indépendamment de leur fréquence et de leur gravité, on reconnaît de façon générale que la vulnérabilité des pays augmente comme conséquence de pratiques de développement peu sûres et de la détérioration de l'infrastructure existante. Conformément au Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015, la sécurité des hôpitaux sera un indicateur du niveau de vulnérabilité dans le secteur de la santé ».

7. Meilleures pratiques appliquées dans ce secteur et exemples tirés des pays de la Région des Amériques :

Depuis la Conférence internationale sur la sécurité des hôpitaux tenue au Mexique (1996), durant environ deux décennies, les pays des Amériques ont fait de gros efforts pour réaliser des études de vulnérabilité dans les établissements de santé. Ces études ont été axées presque exclusivement sur des aspects physiques.

Divers pays de la Région ont montré qu'il est en fait possible de réduire la vulnérabilité dans les hôpitaux. La Barbade, le Chili, la Colombie, le Costa Rica, le Mexique et le Pérou, ainsi que d'autres pays, ont renforcé ou construit des hôpitaux et des établissements de santé qui, par la suite, ont pu résister aux tremblements de terre, aux inondations et aux ouragans.

Avec l'aide technique des membres du Groupe consultatif sur l'atténuation des effets des catastrophes de l'OPS et la participation d'un vaste groupe d'experts d'Amérique latine et des Caraïbes, on a élaboré une liste de vérification dans laquelle des valeurs individuelles ont été assignées au sein de chaque composante (structurelle, non structurelle et fonctionnelle), des instructions ont été élaborées pour les équipes d'évaluation et un modèle mathématique été développé pour le calcul de l'indice de sécurité hospitalier et la création de graphiques de sécurité en cas de catastrophes. Il s'agit là d'un outil facile à utiliser, dont l'application ne coûte pas cher aux pays et qui permet de prioriser les investissements pour l'amélioration de la sécurité de leurs établissements de santé.

Au moins 22 pays de la Région (Anguilla, Argentine, Barbade, Bolivie, Colombie, Costa Rica, Cuba, Dominique, Équateur, Grenade, Guatemala, Honduras, Jamaïque, Mexique, Montserrat, Panama, Paraguay, Pérou, Saint-Kitts-et-Nevis, Saint-Vincent-et-les Grenadines, Suriname et Trinité-et-Tobago) ont déjà appliqué l'indice dans des centaines d'hôpitaux et il existe des équipes d'évaluation formées qui peuvent facilement élargir et multiplier l'expérience.

Il existe une demande publique croissante pour avoir des hôpitaux sûrs et une volonté politique de plus en plus grande, exprimée par l'adoption de résolutions, d'accords et d'engagements aux niveaux national, infrarégional, Régional et mondial. L'accord qui fixe le but de la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophes d'ici 2015 et qui a été adopté par les ministres de la santé lors du 45^{e} Conseil directeur de l'OPS en 2004, a été ratifié par 169 pays dans le cadre de la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles des Nations Unies et a été incorporé comme ligne prioritaire dans le « Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 ».

En Colombie, en Équateur, au Mexique et au Pérou, entre autres, la volonté politique s'est traduite par la création et la mise en œuvre de plans et de programmes nationaux sur la sécurité des hôpitaux.

8. Incidences budgétaires du point l'ordre du jour en question :

Au cours de la période 2010-2015, on estime que les coûts en personnel et activités nécessaires à la mise en œuvre du « Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux » se montent à US $2,5 millions. De même, on estime que près de 80 % de ce montant sera exécuté dans les États membres. Ces fonds proviendraient de dons et contributions volontaires de la communauté internationale. L'adoption d'une résolution pour la mise en application du « Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux » a des incidences financières pour l'Organisation.

De plus, il sera nécessaire de disposer de la contribution technique et financière d'organismes nationaux et internationaux pour la mise à exécution des activités planifiées aux niveaux national, infranational et local.

L'exécution du Plan d'action aura pour résultat la préservation des services de santé en cas de situations d'urgence et de catastrophes et la protection des investissements en santé, ce qui représente une économie de plusieurs milliards de dollars en coûts associés à la réparation et au réaménagement physique des établissements de santé, de l'équipement et du matériel.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

146e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF

Washington, D.C., É-U, du 21 au 25 juin 2010

CE146/20 (Fr.)
Annexe B
ORIGINAL : ESPAGNOL

PROJET DE RÉSOLUTION

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

LA 146e SESSION DU COMITÉ EXÉCUTIF,

Ayant examiné le rapport de la Directrice et les directives du "Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux" (document CE146/20), fondé sur le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012,

DÉCIDE :

De recommander au Conseil directeur l'adoption d'une résolution libellée dans les termes suivants :

PLAN D'ACTION SUR LA SÉCURITÉ DES HÔPITAUX

LE 50e CONSEIL DIRECTEUR,

Ayant examiné le rapport de la Directrice et les directives du « Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux » (document CD50/__), basé sur le Plan stratégique de l'OPS pour la période 2008-2012 ;

Gardant à l'esprit que les Organes directeurs de l'OPS ont fermement appuyé l'adoption d'une initiative Régionale sur la sécurité des hôpitaux ;

Notant que la résolution CD45.R8, adoptée par le 45e Conseil directeur décide « D'exhorter 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 » ;

Soulignant que la Conférence mondiale sur la prévention des catastrophes naturelles (2005) des Nations Unies a adopté le « Cadre d'action de Hyogo pour 2005-2015 », par lequel les 169 pays participants se sont fixé comme but que d'ici 2015, tous les pays devront « intégrer la planification de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé ; promouvoir l'objectif des hôpitaux à l'abri des catastrophes » ;

Rappelant que la 27e Conférence sanitaire panaméricaine a adopté la Résolution CSP27.R14 (2007) « Hôpitaux sûrs : une initiative Régionale sur les installations sanitaires résistantes aux catastrophes » ;

Prenant note que le rapport final de la Table ronde sur « La sécurité des hôpitaux : un but à notre portée », présenté au 49e Conseil directeur, recommande aux pays d'élaborer des plans de travail pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux ;

Reconnaissant que pour atteindre le but de la sécurité des hôpitaux en cas de catastrophe d'ici 2015, il est nécessaire de mettre en œuvre un plan d'action Régional avec une vaste participation des États membres de l'Organisation et l'appui du Secrétariat,

DÉCIDE :

1. D'approuver le « Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux ».

2. De prier instamment les États membres :

a) de prioriser l'adoption d'une politique nationale sur la sécurité des hôpitaux ;

b) d'améliorer la coordination tant au sein qu'en dehors du secteur de la santé afin de conjuguer les efforts aux niveaux national et infranational pour assurer une meilleure utilisation de toutes les ressources disponibles ;

c) de mettre en œuvre progressivement les activités contenues dans le Plan d'action pour atteindre le but que tous les nouveaux centres hospitaliers construits présentent un degré de résilience tel qu'ils soient mieux à même de continuer à fonctionner en cas de catastrophe ;

d) d’appliquer des mesures d’atténuation propres à renforcer les établissements sanitaires en place ;

e) de coordonner avec d’autres pays de la Région l’échange d’expériences et d’outils, les interventions conjointes, la surveillance et l’évaluation des progrès réalisés en vue de la mise en œuvre du Plan d’action.

3. De demander à la Directrice :

a) de promouvoir la coordination et la mise en application du Plan d’action par le biais de l’intégration des actions par les domaines de l’OPS, aux niveaux national, infrarégional, Régional et interorganismes ;

b) de continuer à renforcer la capacité de l’Organisation de fournir la coopération technique aux États membres dans la mise en pratique du Plan d’action en fonction des priorités et besoins nationaux spécifiques ;

c) d’appuyer l’élaboration d’instruments et instructions techniques comme la liste de vérification et l’Indice de Sécurité Hospitalier pour faciliter le suivi de la mise en application du Plan d’action ;

d) d’encourager le renforcement d’alliances avec des organismes spécialisés et des centres d’excellence dans le domaine de la réduction des risques de catastrophes, afin de mobiliser les ressources humaines et financières et la technologie nécessaires pour améliorer la sécurité des services de santé en cas de catastrophes ;

e) de présenter des rapports périodiques aux Organes directeurs sur l’état d’avancement de la mise en application du Plan d’action.

ORGANISATION PANAMÉRICAINE DE LA SANTÉ
Bureau sanitaire panaméricain, Bureau régional de
L'ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ

CE146/20 (Fr.)
Annexe C

Rapport sur les incidences administratives et budgétaires qu'auront pour le Bureau le projet de résolution

1. Point de l'ordre du jour Stratégie : 4.12. Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux

2. Lien avec le budget par programmes :

a) Domaine d'activité : Préparation aux situations d'urgence et secours à fournir en cas de catastrophes.

b) Résultat escompté :

Résultat escompté au niveau régional (RER) 5.1 : États membres et partenaires appuyés par le biais de la coopération technique pour l'élaboration et le renforcement des plans et de programmes de préparation aux situations d'urgence à tous les niveaux.

RER 5.3 : États membres appuyés par le biais de la coopération technique pour réduire les risques du secteur de la santé en cas de catastrophes et faire en sorte que les populations affectées récupèrent aussi rapidement que possible.

RER 5.4 : États membres appuyés par le biais de la coopération technique coordonnée pour renforcer les préparatifs, la récupération et la réduction des risques dans des domaines tels que les maladies transmissibles, la santé mentale, les services de santé, l'innocuité des aliments et la radiation nucléaire.

RER 8.3 : États membres appuyés par le biais de la coopération technique pour renforcer la formulation de politiques de santé au travail et environnementale, la planification des interventions préventives, la prestation de services et la surveillance.

RER 10.2 : Les États membres reçoivent un appui par le biais de la coopération technique pour l'exécution de stratégies de renforcement de la gestion dans les services de santé et l'intégration de la prestation des services de santé, y compris les prestataires publics et non publics.

RER 10.3 : Les États membres reçoivent un appui par le biais de la coopération technique pour renforcer les programmes d'amélioration de la qualité des services, y compris la sécurité du patient.

3. Incidences budgétaires

(a) Coût estimatif total de la mise en œuvre de la résolution sur toute sa durée (à US $10 000 près, activités et personnel compris) :

Pour la période 2010-2015, il est estimé que les coûts en personnel et activités nécessaires à la mise en œuvre du "Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux" se monteront à US $2,5 millions. De même, il est prévu que près du 80 % sera exécuté dans les États membres. Ces fonds proviendraient de dons et contributions volontaires de la communauté internationale. L'adoption d'une résolution pour la mise en œuvre du Plan d'action sur la sécurité des hôpitaux a des incidences financières pour l'Organisation.

De plus, il sera nécessaire d'obtenir la contribution technique et financière d'organismes nationaux et internationaux pour la mise en œuvre des activités planifiées aux niveaux national, infranational et local.

L'exécution du Plan d'action aura pour résultat la préservation des services de santé en cas de situations d'urgence et de catastrophes et la protection des investissements en santé, ce qui représente une économie de plusieurs milliards de dollars en coûts associés à la réparation et au réaménagement physique des établissements de santé, de l'équipement et du matériel.

b) Coût estimatif pour l'exercice 2010-2011 (à US $10 000 près, activités et personnel compris) : $1 000 000.

c) Sur le coût estimatif indiqué au point b), quel montant peut être inclus dans les activités programmées existantes ? : environ 50 % sera exécuté au moyen de fonds de la coopération du Canada et de l'Union européenne. Les ressources restantes seront mobilisées par le biais de projets avec ceux-ci et d'autres donateurs.

4. Incidences administratives

a) indiquer les niveaux de l'Organisation où les activités seront exécutées : national, infrarégional et Régional, avec un accent mis sur le premier niveau.

b) besoins supplémentaires de dotations en personnel (indiquer le personnel supplémentaire à plein temps nécessaire, en précisant les qualifications requises) : aucun besoin supplémentaire de dotations en personnel n'est prévu.

L'appui et le suivi pour la mise en œuvre du Plan d'action seront exécutés par le Conseiller Régional à la préparation et à la réduction des risques de catastrophes, avec le concours de professionnels et de conseillers de l'Organisation aux niveaux Régional, infrarégional et national, et la participation des fonctionnaires responsables des ministères de la santé et de membres du Groupe consultatif sur l'atténuation des effets des catastrophes et les centres collaborateurs de l'OPS /OMS.

c) calendriers (indiquer des calendriers approximatifs pour la mise en œuvre et l'évaluation) : en 2010 une évaluation sera faite de l'état d'avancement des préparatifs et de la réduction du risque de catastrophes des pays de la Région et, en plus du suivi annuel de la mise en œuvre du Plan d'action, il est prévu d'effectuer des évaluations spécifiques à la fin des exercices biennaux 2010-2011, 2012-2013 et 2014-2015.

- - -