

Projet
“Emergency Response Unit - Ministry of Health”

Rapport final

20 Avril 1999

par

Wilma Meeus, Médecin

**Un projet exécuté par CDM International Inc. and Partners,
USAID - Rwanda et le Ministère de la Santé - Rwanda**

**Préparé pour le U.S. Office of Foreign Disaster Assistance
et la Mission USAID au Rwanda**

***Assistance aux Catastrophes: Eau, Assainissement, Santé et Nutrition IQC
Numéro du Contract: AOT-I-00-97-00027-00
est subsidiée par le
Office of Foreign Disaster Assistance
U.S. Agency for International Development
Washington, D.C. 20523***

Table des matières

A propos de l'auteur	p. 3
Remerciements	p. 4
Abbréviations	p. 5
Résumé	p. 6
Carte du Rwanda	p. 9
1. Introduction	p. 10
2. But et objectifs du projet	p. 11
3. Méthodologie	p. 12
4. Résultats atteints par le projet	p. 13
• Profil des Catastrophes au Rwanda	p. 13
• Proposition des structures de Gestion des Catastrophes	p. 13
• Plan d'Action pour le plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes	p. 14
• Canevas des plans de préparation pour 3 catastrophes prioritaires	p. 14
• Plan Stratégique pour la mise en place de l'Unité de Gestion des Catastrophes	p. 15
5. Discussion et recommandations	p. 16
• Discussion	p. 16
• Recommandations et suite	p. 18
Références	p. 20
Annexes:	
A. 1 Profil des Catastrophes au Rwanda	p. 21
A. 2 Organigram des structures de Gestion des Catastrophes proposées	p. 23
A. 3 Plan d'action pour le développement du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes	p. 24
A. 4 Canevas des plans de préparation	
A. 4.1 Contraintes communs et mesures proposés	p. 27
A. 4.2 Canevas du plan de préparation en cas de Conflit armé / guerre civile	p. 29
A. 4.3 Canevas du plan de préparation en cas des Accidents majeurs	p. 35
A. 4.4 Canevas du plan de préparation en cas d'une épidémie de Choléra	p. 41

A propos de l'auteur

Dr. Wilma (W.E.A.M.) Meeus est un docteur en médecine qui a longtemps travaillé avec les autorités sanitaires dans différents pays d'Afrique. Au cours de douze années qu'elle a vécu en Afrique, elle a travaillé en Tanzanie, au Soudan, en Somalie, en Ouganda, au Burkina Faso, la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre) et au Rwanda. Au sein de divers Ministères son travail a notamment consisté dans l'établissement d'un programme de médicaments essentiels, l'appui à un programme PEV, l'exécution d'un programme de réhabilitation nutritionnelle, la planification et la formulation de politiques. Dr. Meeus a travaillé dans un nombre de situations d'urgence complexes, en particulier en Somalie et au Rwanda. En Somalie, elle a travaillé avec les autorités sanitaires pour la planification et la coordination des interventions humanitaires. Au Rwanda, le poste de Consultant au Ministère de la Santé concernait la formulation de politiques, la planification et l'assistance dans l'établissement de procédures de coordination des ONG à la suite de la guerre civile et du génocide.

Remerciements

Le plan stratégique de la mise sur pied de l'Unité de Gestion des Catastrophes au sein du Ministère rwandais de la Santé et ce rapport sont les résultats d'un travail de consultation de huit (8) mois réalisé en collaboration avec le Ministère de la Santé à Kigali. Les deux documents sont axés sur les travaux des ateliers, des revus et des réunions qui ont rassemblé les hauts fonctionnaires du Ministère de la Santé et autres ministères rwandais, ainsi que des représentants d'un certain nombre d'agences nationales et internationales opérant dans le secteur de la santé au Rwanda.

A ce stade final l'auteur souhaite remercier l'appui et les orientations reçus tout au long du projet de la part des hauts fonctionnaires, de représentants d'organisations partenaires et de USAID au Rwanda.

Le Dr. Vincent Biruta, Ministre de la Santé sortant a initié ce projet parce qu'il était convaincu que ce Ministère pourrait et devrait renforcer et améliorer ses capacités de gestion des catastrophes. Tout récemment, il a été nommé Ministre des Travaux Publics, des Transports et des Communications. Quoique ce soit dans une perspective différente, il maintiendra très probablement son intérêt et son engagement pour la gestion des catastrophes. Le Ministère de la Santé ne pourra que continuer de bénéficier des efforts dans sa nouvelle affectation. Le Dr. Charles Rudakubana qui était encore, il y a peu, le Secrétaire Général du Ministère de la Santé, a soutenu le projet de diverses façons. En particulier, ses réponses rapides aux demandes d'appui du Consultant ont été grandement appréciées. Le Dr. Rudakubana a dernièrement rejoint le Ministère de la Défense. Le Dr. Pie Kamoso, Directeur de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique au Ministère de la Santé jusqu'en Décembre 1998, a appuyé le projet depuis le début. Le temps et l'énergie qu'il a consacré pour la mise en oeuvre du projet sont inestimables. Le Dr. Kamoso étudie actuellement aux Etats Unis. Le Dr. Véronique Mugisha qui a récemment repris les fonctions de Directeur de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique au Ministère de la Santé, a maintenu l'appui que le projet recevait de cette Direction. Le Dr. Mugisha a en particulier contribué à l'élaboration du plan stratégique pour la mise sur pied de l'Unité de Gestion des Catastrophes et elle suivra dans ses fonctions actuelles le processus de formalisation de l'Unité. Jean Marie Buzizi et Augustin Gahutu, deux membres du Ministère de la Santé ont été nommés officiellement pour contribuer à l'exécution du projet. Ils ont été tous deux impliqués et ont consacré beaucoup de leur temps et de leur énergie à l'élaboration d'une documentation de travail. Il ont aussi joué un rôle important dans l'organisation de nombreux ateliers organisés par le projet. Le Dr. Ruben Sahabo, Epidémiologiste à la Direction de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique s'est impliqué davantage dans l'exécution du projet après avoir passé trois mois dans la Préfecture de Gisenyi dans le cadre de l'assistance au ré-établissement de services de santé après une amélioration substantielle de la sécurité. Il avait cependant été exposé à la gestion des catastrophes et il avait exprimé un grand intérêt pour le domaine du simple fait qu'il partageait un bureau avec le Consultant. De nombreuses discussions ont eu lieu dans ce bureau et beaucoup d'avis ont été formulés avec son concours et sa compréhension des questions de gestion des catastrophes. Cet intérêt était dû en grande partie à son expérience à Gisenyi. L'enthousiasme de ces personnes ont été extrêmement stimulants.

La Croix Rouge Rwandaise et en particulier Athanase Ntampuhwe et Jean Baptiste Gatali ont apporté au projet des avis intéressants sur la gestion des catastrophes et ils ont été impliqués dans toutes les activités du projet. Ils ont aussi facilité la participation d'autres membres du mouvement de la Croix Rouge à la mise en oeuvre du projet. Danièle Leblanc, Délégué du Programme de Préparation des Catastrophes pour la Fédération Internationale de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, a contribué une aide importante et des conseils utiles pour faire progresser l'exécution du projet. Son enthousiasme dans la promotion de la gestion des catastrophes a été grandement apprécié. Sans son apport le projet aurait peu progressé. L'auteur remercie les nombreux autres participants aux ateliers et réunions qui sont trop nombreux pour être cités individuellement, mais qui ont permis que les résultats du projet soient dignes d'intérêt.

En dernier lieu, l'auteur aimerait exprimer sa gratitude à Christine Hjelt de la mission de l'USAID au Rwanda et encore le Dr. Vincent Biruta pour la confiance qu'ils ont témoignée à l'auteur. Sans leur intérêt, l'appui et détermination soutenu, il aurait été bien plus difficile de parvenir aux objectifs ambitieux du projet.

Abbreviations

APR	Armée Patriotique Rwandaise
BNGC	Bureau National de Gestion des Catastrophes
CCGC	Comité Communal de Gestion des Catastrophes
CDM Int. Inc.	Camp, Dresser and McKee International Incorporated
CHK	Centre Hospitalier de Kigali
CICR	Comité International de la Croix Rouge
CNC	Conseil National des Catastrophes
CPGC	Comité Préfectoral de Gestion des Catastrophes
CRR	Croix Rouge Rwandaise
DEHP	Direction de l'Epidémiologie et de l'Hygiene Publique
DMTP	Disaster Management Training Programme
ERU	Emergency Response Unit
FAR	ex-Forces Armées Rwandaises
FISRCR	Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge
HCR	Haut Commissariat pour les Réfugiés
MEDIDI	Médecin Directeur du District
MEDIRESA	Médecin Directeur de la Région Sanitaire
MINADEF	Ministère de la Défense
MININTER	Ministère de l'Intérieur
MINISANTE	Ministère de la Santé
OFDA	Office for Foreign Disaster Assistance
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PAM	Programme Alimentaire Mondial
PEV	Programme Elargi de Vaccination
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
RDC	République Démocratique du Congo
UGC	Unité de Gestion des Catastrophes
UNICEF	Fond des Nations Unies pour l'Enfance
USAID	United States Agency for International Development

Résumé

Avec le retour des réfugiés rwandais de la République Démocratique du Congo (ex-Zaïre) en Novembre-Décembre 1996, le nombre de cas de violence au Rwanda a constamment augmenté. Les ex-FAR et les Interahamwe ont continué à mener une campagne de génocide et en réaction l'Armée Patriotique Rwandaise (APR) a contré leurs attaques.

L'attaque la plus spectaculaire et la plus grave a eu lieu en Décembre 1997: un grand nombre d'insurgés ont attaqué, pour la seconde fois cette année-là, le camp de réfugiés congolais à Mudende, situé à proximité de la frontière avec la RDC en Préfecture de Gisenyi. Le camp abritait environ 17.000 réfugiés au moment de l'attaque. Pendant cette attaque il a été estimé que 325 personnes ont été tuées et 267 autres ont été blessées. La plupart des blessures étaient dûes à des machettes et à des armes à feu.

Immédiatement après les massacres de Mudende, un haut fonctionnaire du Gouvernement des Etats Unis, accompagné par le Ministre de la Santé a visité le site de l'attaque et l'hôpital de Gisenyi où les blessés étaient traités. C'est cette visite qui a initié le projet d'établissement d'une unité d'intervention d'urgence dont la nécessité était ressentie depuis 1995. Des discussions supplémentaires entre le Ministère de la Santé et l'USAID/Rwanda en Janvier 1998 ont abouti à un accord sur l'exécution du projet pour former et faire fonctionner une unité d'intervention d'urgence.

L'OFDA a répondu à la demande d'établissement d'une unité d'intervention d'urgence en contractant avec CDM pour qu'il identifie et recrute un consultant international présent sur place pour travailler avec le Ministère de la Santé. Le Consultant a commencé à travailler en Mai 1998 par la formulation du plan d'action global du projet. L'exécution effective du projet a débuté en 1998.

Le but du projet était "d'apporter une assistance au Ministère de la Santé dans la conceptualisation d'une Unité d'Interventions d'Urgence viable (appelée aujourd'hui l'Unité de Gestion des Catastrophes) qui pourrait réagir à une variété de situations d'urgence à temps et efficacement".

Les objectifs du projet étaient: (1) de préparer un plan d'action détaillé et un calendrier pour l'élaboration du plan pour l'Unité des Interventions d'Urgence, (2) d'identifier les capacités du Ministère de la Santé, des autres ministères du Gouvernement rwandais, des ONG et des associations nationales, des ONG internationales, du CICR-FISCRCR, des agences bilatérales et multilatérales à réagir aux urgences/crises au Rwanda et à définir les différents types de catastrophes/urgences, qu'elles soient naturelles ou liées à un conflit, qui pourraient affecter la santé de la population rwandaise, (3) de définir les priorités pour la planification de la gestion des catastrophes au Rwanda, (4) de déterminer les capacités, les ressources nécessaires pour réagir efficacement aux catastrophes définies comme étant prioritaires dans la planification de la gestion des catastrophes au Rwanda, (5) de déterminer les capacités minimales de l'Unité des Interventions d'Urgence du Ministère de la Santé et préparer le plan stratégique qui rendra l'Unité opérationnelle, (6) d'élaborer les plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes pour les hôpitaux des régions-clé, (7) de déterminer et prévoir les besoins de ressources minimales à préparer et/ou à pré-positionner, (8) de finaliser le plan de l'Unité et préparer le rapport final du projet.

La mise en oeuvre du projet a été axée sur une approche évolutive et participative. Les participants principaux au projet comprenaient les départements du Ministère de la Santé; plusieurs Ministères considérés importants dans la gestion des catastrophes; les organisations partenaires importantes aux niveaux local, préfectoral et national; le PNUD et la FISCRCR. Des propositions de modèle de préparation et de documents de travail ont été présentés et discutés au cours de quatre ateliers qui ont été organisés pendant le projet à Kigali et à Gisenyi. Trois catastrophes prioritaires ont été choisies pour la planification de la préparation et des interventions y compris les conflits armés/guerre civile, une épidémie de choléra et des accidents majeurs.

Pendant sa mise en oeuvre le projet a formulé:

- Le profil des catastrophes du Rwanda (Annexe 1)
- L'avant-projet de proposition de l'établissement de structures gouvernementales de Gestion des Catastrophes (Annexe 2)
- Le plan d'action pour l'élaboration d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes-Gisenyi et Ruhengeri (Annexe 3)
- Trois canevas de plans de préparation en cas des catastrophes (conflit armé/guerre civile, une épidémie de choléra et des accidents majeurs) et des mesures à court terme recommandées par les participants aux ateliers (Annexe 4)
- Le plan stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes au sein du Ministère de la santé.

Les structures de gestion des catastrophes proposées devraient permettre une approche plus cohésive, coordonnée, caractérisée par la collaboration pour la gestion des catastrophes à l'avenir. La décision de mettre l'Unité de Gestion des Catastrophes sous la responsabilité directe du Secrétaire Général est une étape importante: c'est la reconnaissance de l'importance de la mission de l'Unité de Gestion des Catastrophes et de la nécessité éventuelle que les activités de toutes les Directions cèdent le pas lorsqu'une catastrophe se déclenche et qu'elle affecte une part substantielle de la population. Les suggestions de demander au Secrétaire Général de coordonner les interventions et l'assistance humanitaire lorsque cela est nécessaire jusqu'à ce que l'Unité de Gestion des Catastrophes soit formellement établie est aussi très judicieuse et rationnelle. Le Secrétaire Général supervise les différentes Directions et il est aussi en contact direct avec les Médecins Directeurs des Régions Sanitaires qui sont responsables de l'exécution et de la coordination de toutes les interventions en matière de santé et de secours en cas de catastrophes dans leurs régions respectives.

Les canevas des plans de préparation en cas des catastrophes et le plan d'action pour l'élaboration d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour Gisenyi et Ruhengeri forment une base solide sur laquelle l'Unité de Gestion des Catastrophes peut bâtir. Ils fournissent une base pour l'exécution des étapes suivantes dans le processus d'élaboration des plans finaux et opérationnels et en guise de modèles pour la formulation d'autres plans de préparation.

Le plan stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes qui a été évalué et discuté par les cadres du Ministère de la Santé est jugé fiable et il constituera une fondation solide pour le développement des capacités en gestion des catastrophes. Lorsque le Ministère de la Santé aura formalisé l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes, son personnel permanent aura accès à un document clair qui lui facilitera la définition des priorités et de la planification des activités qui doivent être menée par l'Unité.

Les recommandations minimales suivantes devront être concrétisées dans un avenir proche pour faciliter la mise en oeuvre de l'Unité des Interventions d'Urgence/Unité de Gestion des Catastrophes:

- Il est recommandé que les partenaires dans ce projet, c'est à dire le Ministère de la Santé, l'USAID/Rwanda, l'OFDA/Washington, envisagent des moyens de maintenir l'impulsion dans la planification de la gestion des catastrophes en initiant des discussions avec d'autres bailleurs de fonds bilatéraux et multilatéraux. Partout où ce sera possible, ils devraient solliciter l'appui de donateurs bilatéraux et multilatéraux afin qu'ils appuyent le maintien du développement des capacités de gestion des catastrophes des ministères-clés.
- La plupart des déficits en matière de formation et de ressources identifiés pendant le processus de planification de la préparation en cas des catastrophes se sont avérés être similaires pour les trois catastrophes prioritaires. L'Unité de Gestion des Catastrophes devrait mettre dans ses priorités l'exécution à court terme de mesures qui ont été proposées et suggérées pendant le 4ème atelier.
- Lorsque le plan stratégique aura été officiellement présenté au Ministre de la Santé, les mesures devront être prises pour garantir que l'Unité de Gestion des Catastrophes soit formalisée en tant que département officiel du Ministère de la Santé. Il est recommandé

que la Direction de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique en tant que Direction responsable de ce projet, s'occupe, en collaboration avec le Ministre de la Santé, du suivi des ressources nécessaires à la finalisation de ce processus. Pour réaliser cela, le Conseil du Gouvernement rwandais doit appuyer l'établissement d'un nouveau département au sein du Ministère de la Santé. Consécutivement à ceci au moins, le Ministère de la Fonction Publique et du Travail et le Ministère des Finances et de la Planification Economique doivent être informés pour permettre le recrutement du personnel permanent et garantir un budget adéquat pour l'Unité.

- Il est impératif que les structures de Gestion des Catastrophes soient établies au niveau central/national, préfectoral et communal. Le Ministère de la Santé est appelé à mener les discussions au sein du Conseil des Ministres, sur les procédures et les mécanismes à mettre en place pour que cela se réalise.
- Il est important que le Ministère de la Santé effectue le suivi de l'élaboration du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes dans la région de Ruhengeri et Gisenyi en contrôlant la mise en oeuvre des activités reprises dans le plan d'action. La nomination d'un chef (temporaire) de l'Unité de Gestion des Catastrophes pourra jouer un rôle important dans le suivi de l'exécution du plan d'action. Les organisations partenaires oeuvrant dans les deux préfectures devraient être encouragées à contribuer à l'exécution du plan d'action et à l'achèvement du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes.

En dernier lieu, ce résumé n'a pas pour objectif d'être considéré comme un document indépendant. Il doit être lû conjointement avec le plan stratégique de la mise en place de l'Unité de Gestion des Catastrophes au Ministère de la Santé. La plan stratégique comprend une description (1) des rôles et responsabilités de l'Unité de Gestion des Catastrophes, (2) de la structure de gestion proposée et des besoins de personnel de l'Unité de Gestion des Catastrophes, (3) du profil des postes, (4) des besoins en ressources matérielles et financières, (5) des fournitures d'urgence pré-positionnées, (6) des rôles des agences partenaires et d'autres organisations donatrices affiliées collaborant avec l'Unité de Gestion des Catastrophes.

1. Introduction

Le Ministère de la Santé a dû faire face à de nombreuses situations d'urgence depuis 1994, l'année de la mise en place du Gouvernement d'Union Nationale. Dans la foulée de la guerre et du génocide, la priorité du Ministère de la Santé était le ré-établissement du système de santé. Cependant le Ministère de la Santé a dû organiser des interventions d'urgence en de nombreuses occasions. Certains exemples:

- Les épidémies de rougeole provoquées par l'effondrement des services de santé menant à la baisse de la couverture vaccinale
- Les épidémies de méningite (saisonniers et principalement dans le Nord-Est);
- L'épidémie de dysenterie bacillaire due au manque d'eau potable;
- Le retour massif des réfugiés rwandais, en provenance des pays voisins;
- Les déclenchements d'épidémies de choléra dans les préfectures avoisinant le lac Kivu;
- Les cas de typhus dans l'ensemble du pays, mais essentiellement confirmés aux institutions surpeuplées tels que les prisons et les cachots communaux;
- Les taux de malnutrition globaux dépassant 10% dans les préfectures prédisposées à la sécheresse;
- Les mouvements massifs de population et les fermetures des infrastructures sanitaires dans le Nord Ouest en raison des insurrections.

Le Ministère de la Santé a toujours réagi aux urgences médicales et aux situations de crise qui ont affecté la prestation des soins de santé aussi bien directement, en raison de la fermeture des infrastructures sanitaires, qu'indirectement, vu le risque plus élevé de déclenchement d'épidémie et de maladies infectieuses du fait de la surpopulation et de l'insuffisance de l'approvisionnement en eau potable et l'accès limité aux services de santé. Cependant, les interventions n'ont pas toujours été menées à temps à cause du manque de fonds et de fournitures et l'insuffisance de ressources humaines à redéployer dans les zones sinistrées. Le nombre de vies qui auraient pu être sauvées si la réaction avait été plus efficace et plus rapide n'est pas connu. Le Ministère de la Santé a cependant reconnu la nécessité de renforcer et d'améliorer son état de préparation et ses capacités de réaction dans la gestion des conséquences des catastrophes.

Certaines mesures prises ces dernières années par le Ministère de la Santé pour améliorer son état de préparation et ses capacités de réaction sont reprises dans la liste ci-dessous:

- Le Ministère a élaboré un manuel qui incorpore les protocoles concernant la détection, la confirmation, la prise en charge des cas et les campagnes de sensibilisation du public pour toutes les maladies épidémiques très prévalentes au Rwanda. Cependant, le manuel n'a pas encore été diffusé à l'ensemble du personnel de santé. En outre, le contenu du manuel n'a pas été intégré au programme de formation des infirmiers. Le résultat est que tous les nouveaux infirmiers devront être formés à l'utilisation des protocoles.
- En collaboration avec la Coopération Suisse, la Division d'Epidémiologie et le Laboratoire du Centre Hospitalier de Kigali (un des deux hôpitaux nationaux de référence) ont mis sur pied une unité de laboratoire mobile. Cette unité a les moyens de mener des investigations sur le terrain dans le cas où des soupçons de maladies épidémiques sont détectés. L'unité a amélioré la détection et la confirmation des maladies épidémiques. Cependant, le projet qui appuie l'unité arrive à sa fin. Si le Ministère de la Santé n'a pas les moyens de prendre en charge les coûts de fonctionnement de l'Unité, celle-ci arrêtera vraisemblablement de fonctionner.
- Le Ministère de la Santé dispose d'un budget d'urgence qui est essentiellement géré par la Division d'Epidémiologie. Le budget d'urgence annuel est limité et il ne couvre que les dépenses pour la lutte contre les épidémies. Les conséquences des catastrophes qui influencent négativement la santé des populations sinistrées ne sont pas couvertes par ce budget en termes généraux.

Les mesures citées ci-haut ont amélioré les réponses à certaines conséquences des catastrophes, bien que ce soit essentiellement en relation avec la lutte contre les maladies épidémiques.

La portée limitée des mécanismes du Ministère de la Santé dans le cadre de l'état d'alerte et de la réaction d'une large gamme de catastrophes a été à l'origine de la demande d'appui du Ministère pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes. Pour souligner l'importance que le Ministère de la Santé attache au projet, les cadres du Ministère de la Santé ont temporairement disponibilisé deux membres du personnel pour travailler avec le consultant pendant l'exécution des activités du projet.

Le plan d'action élaboré dans la première phase du projet décrit les différentes mesures jugées nécessaires par le Ministère de la Santé pour déterminer les divers aspects de la gestion des catastrophes qui doivent être conçus par l'Unité. La durée du projet était initialement quatre mois. Après deux mois d'exécution, il a été reconnu que l'établissement de l'unité nécessitait une approche sur le processus participative et plus mobilisatrice au niveau local. Cependant, il n'aurait pas été possible endéans la courte période du projet initial. Pour tenir compte de la participation extensive dans la conceptualisation et le processus de planification, la durée du projet a été étendue à huit mois. En cette période, l'USAID a aussi demandé que l'activité se concentre seulement sur trois (3) interventions prioritaires. En collaboration avec le Ministère de la Santé et d'autres organisations concernées, il a été décidé qu'il s'agirait des conflits armés/guerre civile, une épidémie de choléra et les accidents majeurs.

2. But, objectifs et résultats attendus du projet

2.1 But du projet

Le but du projet est *“d'apporter une assistance au Ministère de la Santé en conceptualisant une Unité d'Intervention d'Urgence viable (appelée aujourd'hui Unité de Gestion des Catastrophes), qui pourrait réagir à une variété de situations d'urgence à temps et de manière efficace”*.

2.2 Les objectifs du projet

Les objectifs du projet ont été définis pendant la première phase du projet en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé en mai-juin. Les objectifs suivants ont été définis pendant la formulation du plan d'action pour l'exécution du projet:

Objectif 1: *Préparer un Plan d'Action détaillé et un calendrier pour l'élaboration du plan pour l'Unité d'Intervention d'Urgence.*

Objectif 2: *Identifier les capacités du MINISANTE, des autres ministères du Gouvernement, des ONG et des associations nationales, des ONG internationales, du CICR-FISCRRCR, des agences bilatérales et multilatérales à réagir aux urgences/crises au Rwanda et définir les différents types de catastrophes/urgences, naturelles ou liées à un conflit qui pourrait affecter la santé de la population rwandaise.*

Objectif 3: *Définir les priorités pour la planification de la gestion des catastrophes au Rwanda.*

Objectif 4: *Déterminer les capacités et les ressources nécessaires pour réagir efficacement aux catastrophes jugées prioritaires pour la planification de la gestion des catastrophes au Rwanda.*

Objectif 5: *Déterminer la capacité minimale de l'Unité d'Intervention d'Urgence du Ministère de la Santé et préparer le plan stratégique pour que l'Unité soit opérationnelle.*

Objectif 6: *Elaborer les plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes pour les hôpitaux dans des régions-clés.*

Objectif 7: *Déterminer et planifier les ressources nécessaires minimales à préparer et à pré-positionner.*

Objectif 8: *Mettre au point le plan de l'Unité et préparer le rapport final du projet*

2.3 Le résultat attendu du projet

Le résultat escompté du projet a été déterminé comme étant *“un plan détaillé visant à établir l'Unité d'Intervention d'Urgence/Unité de Gestion des Catastrophes qui devrait avoir la capacité de réagir de façon appropriée aux urgences médicales aussi bien qu'à d'autres situations d'urgence éventuelles”*.

3. Méthodologie

Le projet a adopté une approche évolutive et participative: le projet a sollicité la participation de tous les départements du Ministère de la Santé, de divers ministères considérés clés dans la gestion des catastrophes, des organisations partenaires significatives et des agences qui devaient être impliquées dans les mesures adoptées pour atteindre lesdits objectifs. L'approche évolutive avait pour but de renforcer les capacités de planification de la préparation aux catastrophes et d'améliorer la compréhension des participants quant aux aspects de la gestion des catastrophes. D'une manière plus importante, le processus a été concentré sur la compréhension des capacités disponibles au Rwanda pour la gestion des catastrophes.

Le projet a élaboré des modèles et des documents de travail qui ont été présentés et débattus au cours de quatre ateliers qui ont été organisés dans le cadre du projet. Trois ateliers ont eu lieu à Kigali et un à Gisenyi. Le premier atelier a été consacré au profil des catastrophes au Rwanda, aux structures de gestion des catastrophes proposées et à la détermination des catastrophes prioritaires pour la planification. Le second atelier a traité la détermination des capacités et ressources nécessaires pour les plans de préparation et d'intervention pour les conflits armés/guerre civile, choléra et accidents majeurs. Le troisième atelier a étudié le développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes et le quatrième atelier s'est concentré sur le plan stratégique et la réalisation des ébauches pour les trois plans relatifs aux catastrophes.

Les événements qui ont présidé au déplacement de population massif dans le Nord-Ouest du pays et qui se sont produits pendant l'exécution du projet étaient malheureux. Cependant, la situation dans le Nord-Ouest a apporté des leçons de grande valeur au projet et elle a permis une meilleure compréhension du rôle potentiel d'une Unité de Gestion des Catastrophes dans le futur. Le plan stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes, élaboré par le projet, a intégré ces leçons à chaque fois que c'était possible.

Le Consultant a établi des relations avec deux autres organisations impliquées dans la gestion des catastrophes au Rwanda: le PNUD et la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge/Croix Rouge rwandaise.

- Le programme de formation à la Gestion des Catastrophes du PNUD a entamé sa phase de conceptualisation en avril 1998. Le but du programme est de développer la gestion des catastrophes au Rwanda, en travaillant en étroite collaboration avec tous les ministères clés, les représentants de la société civile et les institutions des Nations Unies à présent impliquées dans les interventions humanitaires lorsque cela s'impose.
- Le programme de préparation aux catastrophes des Sociétés de la Fédération Internationale de la Croix Rouge a pour objet de développer les capacités de gestion des catastrophes au sein de la Croix Rouge Rwandaise avec un accent particulier sur le développement des capacités au niveau communal, comme la formation de secouristes volontaires au niveau des cellules (la plus petite entité administrative au Rwanda, environ 1.000 habitants).

Dès le début du projet, le consultant a collaboré avec les responsables de deux programmes de gestion des catastrophes. Cette collaboration a initialement été établie pour éviter la répétition des efforts. A cette fin, des réunions hebdomadaires ont été organisées pour examiner des voies d'introduire des aspects de gestion des catastrophes au Rwanda en général et de rechercher des avis et l'expertise sur le développement d'une documentation préparée par le projet. En particulier, l'appui et l'assistance du Délégué de la Fédération Internationale nous a

fourni un aperçu utile. Malheureusement, le programme DMTP du PNUD a été suspendu avec le départ du responsable du programme en octobre 1998.

4. Les résultats atteints du projet

Tous les objectifs du projet ont été atteints, à l'exception de l'élaboration d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour les préfectures de Gisenyi et Ruhengeri. A la place d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes, un plan d'action visant à élaborer ce plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes a été mis au point. Ce plan d'action établit les activités à exécuter pour formuler le plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes, lequel plan est le résultat de l'atelier de planification, qui facilitera la réalisation de cette objectif dans un avenir proche.

En résumé le projet a élaboré:

- Le profil des catastrophes au Rwanda (Annexe 1)
- L'ébauche de la proposition d'établissement des structures gouvernementales de gestion des catastrophes (Annexe 2)
- Le plan d'action pour l'élaboration du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes dans la région de Gisenyi et Ruhengeri (Annexe 3)
- Les canevas des plans de préparation en cas des catastrophes pour trois catastrophes qui ont affecté le Rwanda récemment, et les mesures à court et à plus long terme recommandées par les participants aux ateliers (annexe 4.1-4.4)
- Le Plan Stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes au sein du Ministère de la Santé.

4.1 Le profil des catastrophes au Rwanda

Ce document est le résultat d'une revue de la documentation concernant des catastrophes observées au Rwanda. Cette revue a été effectuée en utilisant une documentation écrite lorsqu'elle était disponible et une information orale dans le cas où l'information écrite a été perdue pendant les événements de 1994. Deux Préfectures ont été visitées: Cyangugu en raison de l'épidémie de choléra et Gisenyi à cause de l'insécurité et l'interruption de la prestation des soins de santé qui en résulte. On a considéré l'apparition des catastrophes et l'impact sur la population ainsi que les interventions lors du déroulement de ces catastrophes. Les travaux ont abouti à un document de travail décrivant différentes catastrophes et un avant-projet de profil de catastrophes au Rwanda.

Au cours du premier atelier dans lequel huit ministères ont participé, le document de travail qui est sorti de la revue et le projet de profil de catastrophes ont été débattus. Cette discussion a abouti à un consensus quant au profil de catastrophes au Rwanda (Annexe 1). En outre, l'atelier a défini les catastrophes prioritaires: les catastrophes pour lesquelles des plans de préparation doivent être élaborés en priorité en raison de la grande probabilité d'apparition et l'impact majeur en cas d'apparition. Les priorités définies étaient "conflit armé/guerre civile", "une épidémie de choléra" et des "accidents majeurs".

4.2 Proposition des structures gouvernementales de gestion des catastrophes

A la demande du Ministère de la Santé, le projet a préparé le premier jet d'un document reprenant les grandes lignes des structures à mettre en place. Cette demande a été introduite pour faciliter la discussion et elle devrait permettre une meilleure compréhension de la nécessité d'établir des structures de gestion des catastrophes à divers niveaux administratifs (central, préfectoral et communal). Le but des structures de gestion des catastrophes proposées est de garantir que les structures administratives reconnues retiennent leur responsabilité pour l'exécution des activités, que ce soient celles liées au développement ou celles qui concernent la gestion des catastrophes. L'ébauche de la proposition a été discutée pendant le premier atelier en mettant un accent particulier sur le diagramme des structures aux différents niveaux (voir annexe 2). La description des rôles de chacune de ces structures n'a

pas été discutée dans le détail: l'atelier a décidé que cela relève du Ministère qui sera chargé du processus d'établissement des structures gouvernementales de gestion des catastrophes, étant donné que la participation des hauts fonctionnaires de ministères concernés en est requise.

4.3 Plan d'action pour l'élaboration du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes-Gisenyi et Ruhengeri

Cette activité de projet a été ajoutée lorsque la durée du projet a été étendue de quatre à huit mois. Le but de cette activité était de préparer un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour deux préfectures. Le choix de Gisenyi et Ruhengeri a été décidé en raison de la situation de sécurité qui prévaut dans ces deux préfectures, laquelle exigeait que les hôpitaux traitent un nombre important de victimes comme cela s'est produit en 1997 à un certain nombre d'occasions. L'atelier organisé par le projet pour atteindre cet objectif s'est tenu dans la ville de Gisenyi. L'atelier a commencé à élaborer effectivement le plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour les deux préfectures. Cependant pour diverses raisons, le groupe n'a pas été à même d'élaborer des plans de préparation en cas des catastrophes complets. Ces raisons incluaient le fait que:

- La capacité de planification de la plupart des participants étaient sur-estimée;
- Le concept de gestion de catastrophes était nouveau pour la plupart des participants et créait des confusions. En particulier, la différence entre la gestion d'une urgence médicale exigeant une attention immédiate et la gestion d'un nombre de victimes important qui nécessite une approche plus organisée, n'était pas clairement apprécié par les participants;
- Les problèmes dans l'organisation et la gestion du personnel et des services médicaux au sein des hôpitaux sont sous-estimés;
- Le rôle des infirmières dans la gestion des urgences est sous-estimé;
- Les groupes de discussions se sont souvent concentrés sur ce qui serait la situation idéale au lieu d'utiliser les ressources existantes dans les régions (p.ex. les systèmes de communication existants, les équipes chirurgicales et d'autres agents disponibles, les services de laboratoire).

Étant donné ces contraintes, le processus de l'atelier a plutôt abouti à l'élaboration d'un plan d'action pour compléter le plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes. Avec l'appui de l'Unité de Gestion des Catastrophes, les autorités sanitaires et les organisations partenaires ainsi que les participants locaux et régionaux devraient être capables de compléter un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes bien conçu, dans un futur proche. Le plan d'action figure dans l'annexe 3 et il donne un calendrier dans lequel le plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes devrait être achevé.

4.4 Canevas des plans de préparation en cas des catastrophes pour trois catastrophes prioritaires

Pendant le premier atelier organisé par le projet, on a défini les catastrophes prioritaires pour lesquelles des plans de préparation et d'intervention devaient être élaborés. Les priorités définies étaient "conflit armé/guerre civile", "une épidémie de choléra" et des "accidents majeurs". Cette décision a été prise en se fondant sur l'éventualité présumée et l'impact possible y relatif. La décision pour les deux premiers cas se fondait sur le fait que le Rwanda devait en fait faire face à cette période aux conséquences d'un conflit armé et du choléra. La décision d'inclure les "accidents majeurs" a été en raison de la menace perçue et de l'absence d'un quelconque mécanisme pour gérer les conséquences des accidents majeurs, en particulier si un accident de grande ampleur se produisait dans une zone urbaine. L'absence d'un service de pompiers opérationnel, l'insuffisance de suivi quant à l'application des normes dans la construction de nouveaux logements et d'installation du câblage électrique, un accroissement significatif de trafic aérien à l'aéroport de Kigali et l'augmentation de branchements électriques piratés dans des banlieues densément peuplées font partie des

raisons principales qui ont poussé le premier atelier à définir les accidents majeurs comme une menace potentielle.

Avant les ateliers, le projet a élaboré le format des plans de préparation en cas des catastrophes et il a préparé un projet de documentation qui décrivait déjà les activités les plus évidentes à mener et les capacités et les ressources nécessaires pour ces activités. Au cours de deux ateliers, les canevas des plans de préparation pour trois catastrophes ont été finalisées.

- Le premier de ces deux ateliers de planification de préparation a déterminé les activités à mener pour être prêt et réagir aux trois catastrophes et les capacités et les ressources nécessaires pour les activités connexes. Les participants à cette partie de l'atelier représentaient huit ministères différents, des agences des Nations Unies et des ONG. Les activités couvraient tous les secteurs, et non uniquement la santé.
- Le second atelier de planification de préparation comprenait des participants travaillant dans le secteur santé et n'a examiné que les activités pour lesquelles le Ministère de la Santé est principalement responsable. L'atelier a examiné si les capacités et les ressources nécessaires étaient bien disponibles. L'accent de ce processus était mis sur l'identification des carences importantes en ce qui concerne la disponibilité des capacités et des ressources. L'atelier n'a pas essayé de quantifier les ressources et les capacités nécessaires et disponibles parce qu'il était impossible de prédire l'impact d'une catastrophe anticipativement. Les canevas apportent cependant une indication claire quant aux lacunes les plus importantes dans les capacités de préparation et les interventions potentielles. L'Unité de Gestion des Catastrophes devrait, une fois qu'elle sera établie, être capable d'élaborer un plan d'action clair pour résorber les lacunes identifiées. Les ateliers ont identifié les contraintes principales et proposé des solutions, divisées en mesures à court et à long terme. De façon intéressante, la plupart des contraintes étaient similaires pour les trois catastrophes jugées prioritaires (voir annexe 4.1 pour les contraintes communes, les mesures proposées et les canevas des plans de préparation en cas des catastrophes).

4.5 Le Plan Stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes

Le plan stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes a été élaboré en tenant compte des nombreuses leçons apprises pendant la crise du Nord-Ouest. Au cours de cette crise, on estime que 600.000 habitants ont été déplacés en raison de l'insécurité. L'insécurité a aussi provoqué la fermeture de nombreux formations sanitaires, la perte du personnel médical, la perte des récoltes et l'impossibilité de procéder aux semences pendant les dernières saisons culturales, entraînant un certain nombre de conséquences indirectes: un taux de malnutrition élevé, flambées des maladies évitables par la vaccination (la rougeole en particulier) et des maladies liées à la surpopulation, à l'approvisionnement en eau et à l'assainissement inadéquat.

Pendant cette crise le projet a attaché une attention particulière aux interventions liées aux catastrophes, aussi bien celles du Ministère de la Santé que celles des organisations partenaires. En particulier, les questions suivantes ont été suivies de près et discutées régulièrement avec les départements concernés dans le Ministère de la Santé: (1) la capacité d'élaborer des plans d'interventions à court terme, (2) la disponibilité des ressources humaines pour la collecte des données sur le terrain et la prestation des soins de santé, (3) la disponibilité des fournitures essentielles, disponibilité des mécanismes de surveillance (surveillance épidémiologique, supervision, surveillance nutritionnelle et système de gestion des stocks, etc), et (4) les procédures de disponibilisation des ressources nécessaires et la coordination des interventions et des partenaires. Cette expérience de la crise du Nord-Ouest, quoique malheureuse, s'est avérée extrêmement utile dans l'élaboration du plan stratégique. Les cadres du Ministère de la Santé ont discuté de l'avant-projet et ils en ont adapté le plan là où c'était nécessaire.

5. *Discussions et recommandations*

5.1 **Discussion**

5.1.1 *Aspects procéduriels du projet*

La décision de l'OFDA de financer le projet a coïncidé avec le début des problèmes de sécurité du Nord-Ouest. Malgré qu'à cette période personne ne pouvait envisager l'ampleur des problèmes à venir, le projet ne pouvait pas arriver à un meilleur moment, même si on regrette effectivement ces événements malheureux.

La durée initiale du projet (4 mois) était trop courte, vu le dossier ambitieux du projet et les activités à exécuter. Le fait que la gestion des catastrophes est un concept nouveau au Rwanda n'avait pas été pleinement reconnu ou anticipé. En plus de cela, la conception initiale du projet n'a pas pris entièrement en considération les capacités de planification limitées du personnel de santé. L'approche adoptée pour l'exécution du projet, approche évolutive et participative, exigeait de ce fait une extension considérable. Elle a été accordée par l'accord de l'OFDA et de la Mission USAID au Rwanda.

L'extension a été rendue possible pour que le projet atteigne ses objectifs et qu'il utilise une approche appropriée. Le projet a eu l'occasion d'entrer en contact avec de nombreux acteurs importants et il a pu susciter un intérêt pour la gestion des catastrophes chez ceux qui ont travaillé étroitement avec le consultant et/ou qui ont participé aux ateliers. Cependant, le projet n'a décidé de se concentrer sur le secteur santé qu'après la phase initiale. En raison de ceci et de la suspension du programme de formation en gestion des catastrophes du PNUD en octobre 1998, l'élan pris par le projet peut avoir été perdu: en particulier le personnel des autres ministères a exprimé sa déception du fait qu'il ne serait plus impliqué dans le processus. Il en est résulté que l'intérêt des autres ministères n'a pas été suivi.

Le recours à un consultant local a été un avantage pour le projet puisque cela a permis la disponibilité maximale de consultant pour les personnes et les organisations participantes au processus de planification de l'Unité de Gestion des Catastrophes. Cependant, à l'avenir, il sera plus efficace de produire moins de documentation et de faire en sorte que le consultant consacre plus de temps à travailler directement avec les participants pour renforcer les capacités de ceux-ci.

5.1.2 *Participation*

Pendant le projet les départements techniques et administratifs du Ministère de la Santé, un certain nombre de Ministères qui joue un rôle clé dans la gestion des catastrophes, les agences des Nations Unies et bilatérales, ainsi que les agences humanitaires et les ONG, ont participé dans les activités du projet. Dans de nombreux cas la continuité de la participation a pu être assurée grâce à l'intérêt des ministères et des agences ainsi que celui des individus participant au processus de gestion des catastrophes.

A peu près à mi-chemin, la décision a été prise de se concentrer uniquement sur le secteur santé. Ceci parce que deux autres agences partenaires étaient impliquées dans les programmes de gestion des catastrophes ciblant tous les secteurs (PNUD - Programme de Formation à la Gestion des Catastrophes et la Croix-Rouge Rwanda assistée par la Fédération Internationale de la Croix-Rouge - Programme de Préparation aux Catastrophes). Cette décision n'a pas été appréciée par les participants qui devaient se retirer de cette phase. Le sentiment de déception parmi les participants est important à remarquer, en particulier en raison de la suspension du programme du PNUD qui aurait apporté l'appui nécessaire à l'établissement des structures nationales de gestion des catastrophes et aurait contribué à la mise en place d'unités ministérielles de gestion des catastrophes dans d'autres ministères-clés. (Le programme de préparation aux catastrophes cible le mouvement de la Croix Rouge et opère au niveau des populations locales.)

Dans les phases ultérieures du projet, des responsables du Ministère de la Santé au niveau des districts, des régions et central ont été invités pour participer aux activités. Ils ont apporté de nombreux éclairages et contributions basés sur la situation concrète dans les districts sanitaires et les hôpitaux de district. Ces contributions étaient très importantes étant donné qu'elles ont garanti que la réalité de ce domaine restait au centre des préoccupations. Particulièrement les infirmiers employés dans les hôpitaux de district et le personnel de district qui supervise le personnel des centres de santé ont ajouté beaucoup de valeur. Par exemple, ils ont soulevé les problèmes concernant le personnel en général, le personnel d'administration et d'organisation, les niveaux de personnel des centres de santé et la gestion des infrastructures sanitaires. La plupart des mesures à court terme proposées, mentionnées dans l'annexe 4.1, telles que l'organisation d'un système de rotation du personnel pour garantir que les compétences nécessaires à la gestion des urgences médicales restent à jour, la budgétisation de la localisation de véhicules au lieu de l'achat et l'exploitation des systèmes de communication existants, sont le résultat de leur participation.

Pour la plupart des ateliers, les agences onusiennes et bilatérales, les organisations humanitaires et non gouvernementales ont été invitées à participer. Dans de nombreux cas, les agences ont indiqué qu'il leur était impossible de participer en raison d'autres obligations (essentiellement des interventions humanitaires dans le Nord-Ouest). Quoiqu'il soit compréhensible que certaines activités aient la priorité, il est malheureux de remarquer qu'une activité conçue pour développer les capacités de gestion des catastrophes au niveau gouvernemental ne bénéficie pas du statut prioritaire. En fin de compte, le développement des capacités devrait être l'objet de toutes les agences internationales oeuvrant au Rwanda.

La participation de personnes opérant au niveau de la base a été limitée pendant l'exécution du projet. Il est reconnu que le développement des capacités en gestion des catastrophes à la base est le but ultime de tous les projets et programmes visant l'amélioration de la préparation aux catastrophes et des interventions lors des catastrophes. Cependant, pour y parvenir, les capacités institutionnelles de gestion des catastrophes doivent être disponibles. Étant donné le fait que la gestion des catastrophes est un nouveau concept au Rwanda et qu'il n'a que très récemment été introduit dans ce pays, le développement des capacités au niveau institutionnel devra être prioritisé dans le futur proche.

5.1.3 Méthodologie du projet

Le projet a adopté une approche évolutive et participative pour parvenir à ses objectifs. Ceci s'est avéré fructueux et c'était probablement le seul moyen pour le projet d'atteindre son but à ce stade. Comme cela a été énoncé plus haut, la gestion des catastrophes est encore un nouveau concept pour le Rwanda et n'a été introduit que très récemment. L'approche participative a permis à un certain nombre d'acteurs-clés d'acquérir une meilleure compréhension du concept de gestion des catastrophes et a pu, au fur et à mesure, accroître l'intérêt en la matière. Cet intérêt et l'engagement pour la gestion des catastrophes, a créé de nombreuses opportunités pour le futur, à condition que le rythme qui avait été atteint soit maintenu.

Le processus de planification présenté par le projet a été une révélation pour de nombreux participants. Les tentatives visant à se focaliser sur la disponibilité des capacités et des ressources locales, d'abord et avant tout ont été couronnées de succès, malgré qu'il s'agissait d'une approche inattendue pour beaucoup: trop souvent les capacités locales ne sont pas prises en compte lors de préparations d'interventions d'urgence.

5.1.4 Résultat final du projet et recommandations

L'emploi des catégories "naturelles", "provoquées par l'homme" et "naturelles et/ou provoquées par l'homme" dans le profil des catastrophes au Rwanda est considéré approprié pour le Rwanda. Le profil des catastrophes tel qu'il a été déterminé par l'atelier correspond aux profils de catastrophes des pays peu industrialisés. Ce document peut être utilisé comme une

référence dans l'avenir pour aider les planificateurs de garder à l'esprit les catastrophes prioritaires.

Les structures de gestion des catastrophes proposées devraient permettre une approche plus cohésive, coordonnée et caractérisée par la collaboration pour la gestion des catastrophes à l'avenir. Le projet reconnaît la nécessité d'établir des structures (permanentes si possible) et de développer les capacités au niveau communal et préfectoral. Il se peut qu'un forum pour la discussion sur la gestion des catastrophes dans un système décentralisé puisse être établi de préférence par le Ministère de l'Intérieur qui est le ministère chargé de l'exécution de la politique de décentralisation.

Le canevas des plans de préparation en cas des catastrophes et le plan d'action pour le développement d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour Gisenyi et Ruhengeri constitue une base solide sur laquelle l'Unité de Gestion des Catastrophes peut bâtir. Ils peuvent être utilisés pour identifier les étapes suivantes dans le processus d'élaboration des plans opérationnels finaux en tant que modèles pour l'élaboration des plans de préparation pour d'autres catastrophes.

Le plan stratégique pour l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes qui a été évalué et discuté par un groupe restreint de cadres du Ministère de la Santé est jugé approprié et il formera une fondation solide pour le développement des capacités en gestion des catastrophes au sein du Ministère de la Santé. Lorsque celui-ci aura formalisé l'établissement de l'Unité de Gestion des Catastrophes, son personnel permanent aura accès à une documentation claire qui facilitera la définition des priorités et la planification des activités devant être exécutées par cette Unité.

La décision de mettre l'Unité de Gestion des Catastrophes sous la responsabilité directe du Secrétaire Général est importante. Il s'agit là de la reconnaissance de l'importance de la mission de l'Unité de Gestion des Catastrophes et de la nécessité éventuelle de sursoir aux activités de toutes les directions lorsqu'une catastrophe qui se produit affecte une part considérable de la population. Une telle décision ne peut être prise que par le Ministre de la Santé et le Secrétaire Général.

La structure hiérarchique proposée devrait être très efficace parce qu'elle place l'Unité de Gestion des Catastrophes au même niveau que les bureaux des Régions Sanitaires. Ce sont ces services qui seront les mieux informés sur les menaces de catastrophes possibles et directement confrontés aux conséquences des catastrophes. Les bureaux régionaux sont en outre responsables de la mobilisation des ressources et des capacités nécessaires dans le cas où ils rencontreraient des difficultés à gérer les suites d'une catastrophe avec les capacités et ressources disponibles. Il faut veiller à ce que cela soit mis en oeuvre.

La suggestion qui veut que ce soit le Secrétaire Général qui coordonne les interventions humanitaires jusqu'à ce que l'établissement formel de l'Unité de Gestion des Catastrophes ait eu lieu s'avère très judicieuse et rationnelle. C'est le Secrétaire Général qui supervise les différentes directions et il est aussi en contact direct avec les bureaux régionaux qui sont responsables de l'exécution et de la coordination de toutes les interventions dans leurs régions respectives. Ces interventions comprennent celles à caractère humanitaire en cas de catastrophes. Le Secrétaire Général devrait être encouragé à assumer ce rôle et le Ministère de la Santé devrait approuver cette recommandation.

5.2 Recommandations générales et la suite

Il est recommandé que les partenaires au projet, c'est à dire le Ministère de la Santé, l'USAID Rwanda et l'OFDA Washington, recherchent les voies de maintenir l'élan de la planification en gestion des catastrophes par des discussions avec d'autres donateurs bilatéraux et multilatéraux. Ils devraient, dans la mesure du possible, solliciter l'appui des donateurs bilatéraux et multilatéraux pour une assistance dans la continuation du développement des capacités de gestion des catastrophes dans les ministères-clés.

La plupart des carences en formation et en ressources identifiées pendant le processus de planification de préparation aux catastrophes se sont avérées être similaires pour les trois catastrophes prioritaires. L'Unité de Gestion des Catastrophes considère comme une de ces priorités la tâche de mettre en oeuvre les mesures à court terme qui ont été proposées et suggérées au cours du quatrième atelier.

Lorsque le Plan Stratégique aura été présenté officiellement au Ministre de la Santé, il faudra prendre les mesures pour s'assurer que l'Unité de Gestion des Catastrophes sera formalisée en tant que Département officiel du Ministère de la Santé. Il est recommandé que la Direction de l'Epidémiologie et de l'Hygiène Publique, en tant que Direction responsable de ce projet, fasse le suivi avec le Ministre de la Santé, en vue de mener l'action requise pour finaliser ce processus. Pour réaliser cela, le Conseil du Gouvernement rwandais doit approuver l'établissement d'un nouveau département au sein du Ministère de la Santé. Après cela le Ministère de la Fonction Publique et du Travail et le Ministère des Finances et de la Planification Economique devront au minimum être informés pour permettre le recrutement du personnel permanent et garantir un budget approprié pour l'Unité.

Il est impératif que les structures de Gestion des Catastrophes soient établies au niveau central, régional et communal. Le Ministère de la Santé est invité à initier au Conseil des Ministres la discussion sur les procédures et les mécanismes à mettre en place pour y parvenir.

Il est important que le Ministère de la Santé effectue le suivi de l'élaboration du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes pour Ruhengeri et Gisenyi en vérifiant l'exécution des activités comprises dans le plan d'action. La nomination d'un Chef (temporaire) de l'Unité de Gestion des Catastrophes pourra jouer un rôle important dans le suivi de l'exécution du plan d'action. Les organisations partenaires oeuvrant dans les deux préfectures devraient être encouragées à appuyer l'exécution du plan et la mise au point des plans hospitaliers des préparations en cas des catastrophes.

En attendant l'établissement officiel de l'Unité de Gestion des Catastrophes, le Ministère de la Santé devrait recruter le personnel permanent proposé (engagement provisoire), et mettre à sa disposition des locaux et le budget nécessaire pour les coûts de fonctionnement de l'Unité.

Le recours à un Consultant local a eu des avantages pour le projet dans ce sens que ça a permis une disponibilité maximale du Consultant pour les individus et les organisations impliqués dans le processus de planification en gestion des catastrophes. A l'avenir, il est recommandé qu'une attention plus importante encore soit réservée au processus de renforcement des capacités locales, plutôt qu'à la préparation de documents afin que les participants disposent du temps nécessaire pour parvenir au consensus, que les résultats perdurent et que les agences d'appui/organisations humanitaires/agences de coopération soient davantage disponibles pour les participants au projet.

En guise de suivi à ce projet, il est recommandé que, dès que possible, une proposition de projet de deux (2) ans soit préparée par le Ministère de la Santé. Elle ébaucherait les ressources matérielles, financières et d'assistance technique nécessaires pour s'assurer que l'Unité de Gestion des Catastrophes devient un département viable et efficace du Ministère de la Santé. Le Secrétaire Général devrait, aussitôt que possible, désigner la Direction responsable pour cette activité au fin de maintenir l'intérêt dans la gestion des catastrophes chez de nombreux participants à l'atelier.

Références

- * Carter, W. Nick: Disaster Management. A Disaster Manager's Handbook. The Asian Development Bank, 1992
- * Central Sanitaire Suisse: Doctors guide for catastrophes and wars. 1992
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: World Disaster report 1998.
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: World Disaster Report 1997
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Disaster Response '97, Second Quarterly Report
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Disaster Response '97, First Quarterly Report
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Rapport Annuel 1996
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Revue Annuelle 1995
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: World Disaster Report 1995
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Disaster Response 95, Third and Fourth Quarterly Reports
- * International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies: Rapport sur les catastrophes dans le monde 1994
- * United Nations Consolidated Inter-agency Appeal for Countries of the Great Lakes Region and Central Africa, January - December 1998. OCHA, February 1998
- * Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda: The International Response to Conflict and Genocide: Lessons from the Rwanda Experience, Synthesis Report. March 1996
- * Ministère de la Santé, République Rwandaise: Rapport annuel d'activités 1994. Avril 1995
- * Ministère de la Santé, République Rwandaise: Rapport annuel 1995. Mars 1996
- * Ministère de la Santé, République Rwandaise: Rapport annuel 1996. Avril 1997
- * Ministère de la Santé, République Rwandaise: Rapport annuel 1997. Avril 1998
- * Ministry of Health, Draft report: Préparatifs du Programme de Reponse aux Urgences au Rwanda. Janvier 1998
- * Ministère de la Santé, Direction d'Epidémiologie et d'Hygiene Publique: Guide National de Surveillance Epidémiologique et de Lutte contre les Epidémies. Février 1998
- * Ministry of Health, Directorate of Epidemiology and Public Hygiene: Mission reports DEHP teams and UMILC/DEHP teams 1990 - 1998 (unpublished)
- * Ministry of Health, Regional Medical Office Gisenyi: Plan of Action for Nutritional Rehabilitation Displaced persons in Gisenyi Prefecture (unpublished)
- * Joint Ministry of Health, WHO and UNICEF report: Evaluation Rapide de la Situation Sanitaire et Nutritionnelle dans la Prefecture de Gisenyi. Juillet 1998 (unpublished)
- * Ministry of Health/Regional Medical Office Ruhengeri - Save the Children Fund (UK): Draft report Nutritional status and Vaccination Coverage, Displaced populations in Ruhengeri, June 1998
- * Pan American Health Organization: Guidelines for assessing disaster preparedness in the health sector. 1995
- * Simmonds, S., Vaughan, P. and Gunn S. W., Ed.: Refugee Community Health Care. 1983
- * South African Ministry for Provincial Affairs and Constitutional Development: Green Paper on Disaster Management. 1998
- * UNDP: An overview of Disaster Management. Disaster Management Training Programme. 1992
- * UNHCR: Handbook for Emergencies. 1982
- * USAID - Food for Peace Officers, Mission reports of visits to Gisenyi and Gikongoro Prefectures, June 1998 (unpublished)
- * WFP - Kigali: Mission report Gisenyi, 6 - 10 July 1998 (unpublished)

Annexe 1 Profile des catastrophes du Rwanda

Aperçu général:

Les types de 'catastrophes', tels que listés ci-dessous, sont en fait des **menaces** ou **aléas**, qui pourraient créer des catastrophes et pourraient être la cause des situations qui demandent une réponse d'urgence. La terminologie introduite dans ce document utilise 'Catastrophes naturelles, Catastrophes provoquées par l'homme et Catastrophes naturelles et/ou provoquées par l'homme', où en effet il faudrait utiliser 'menace susceptible d'évoluer en catastrophe'. Cette terminologie a été introduit pour l'aise des lecteurs.

Un **aléa** ou **menace** est défini comme "un événement menaçant ou probabilité de risque dans une région et au cours d'une période donnée, d'un phénomène pouvant engendrer des dommages"^(b).

Un **désastre** / une **catastrophe** peut être défini comme "un événement naturel ou provoqué par l'homme, d'apparition soudaine ou progressive, qui frappe avec une telle sévérité, que la communauté affectée devrait répondre en prenant des mesures exceptionnelles"^(b).

Des caractéristiques d'une catastrophe ^(b):

- Perturbation de la vie sociale normale;
- Effets sur les humains tels que la perte de vies, les blessures, la privation et les effets négatifs sur l'état de santé;
- Effets sur la structure sociale tels que l'interruption des systèmes gouvernementaux, la destruction des infrastructures, des moyens de communication et l'interruption des services essentiels;
- Besoins des populations: abri, vivres, habits, soins médicaux et assistance sociale.

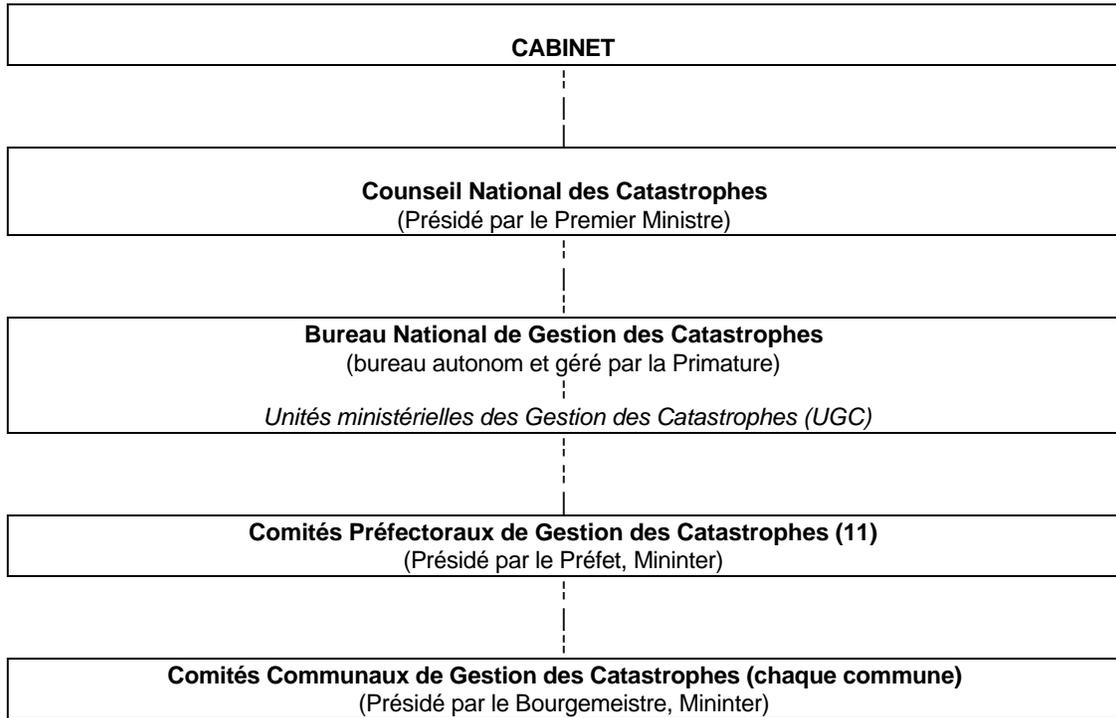
A. Types de catastrophes
<i>A.1 Catastrophes naturelles</i>
Sécheresse Crue/Inondation Eruption Volcanique Tremblement de terre Invasion d'insectes Grêle Emission de méthane
<i>A.2 Catastrophes provoquées par l'homme</i>
Guerre civile / conflit armé Accident de route Accident majeur, y compris des incendies Incendie de forêt/de prairie Déforestation Erosion
<i>A.3 Catastrophes à cause naturelle et/ou provoquées par l'homme</i>
Glissement de terrain Epidémies
B: Définition de catastrophe:
<i>B.1 Catastrophes naturelles</i>
<u>Sécheresse</u> ^(a) : Période de déficit hydrique du sol telle que les besoins en eau de l'homme, des animaux et des végétaux ne peuvent plus être satisfaits. <u>Crue/Inondation</u> ^(a) : Elévation importante du niveau d'un cours d'eau, d'un lac, d'un réservoir. <u>Eruption volcanique</u> ^(a) : Emission dans l'air ou dans l'eau de fragments d'éjecta, de laves et de gaz, à partir d'un événement volcanique. <u>Tremblement de terre (séisme)</u> ^(a) : Rupture brutale des roches de l'écorce terrestre, se propageant parfois jusqu'en surface et engendrant un mouvement vibratoire du sol qui, lorsqu'il est suffisamment fort, peut causer la ruine de constructions, des pertes humaines et des destructions matérielles.

<p><u>Invasion d'insectes</u>^(a): Arrivée massive et généralisée d'insectes ou de parasites s'attaquant à l'homme, les animaux, les récoltes et les matériaux.</p> <p><u>Grêle</u>: Précipitation constituée de grains de glace.</p> <p><u>Emission de méthane</u>: Emission de méthane (conséquence d'activité volcanique), un gaz ce qui, en contact avec l'aire, forme un mélange explosif</p>
<p><i>B.2 Catastrophes provoquées par l'homme</i></p>
<p><u>Guerre civile / conflit armé</u>^(b): Activités violentes et disruptives (p.e. bombardement, heurts armés, démonstrations et violence), avec conséquence un bouleversement de l'autorité politique.</p> <p><u>Accidents routiers</u></p> <p><u>Accident majeur, y compris des incendies</u>: Des accidents souvent à cause violente, tel que des accidents industriels, des explosions, des incendies majeures, des accidents d'aviation.</p> <p><u>Incendie de forêt/de prairie</u>^(a): Feu de forêt, de brousse ou de savane s'étendant à de larges superficies et causant généralement des dommages importants. Ils peuvent être d'origine naturelle (éruption volcanique, foudre), criminelle (actes des pyromanes) ou accidentelle (négligence de fumeurs, ou de personnes faisant des feux de bois ou de débroussaillage en forêt).</p> <p><u>Déforestation</u>^(a): Défrichage ou destruction d'une zone forestière.</p> <p><u>Erosion</u>: Ablation ou dissolution et déplacement de sol ou de roches.</p>
<p><i>B.3 Catastrophes à cause naturelle et/ou provoquées par l'homme</i></p>
<p><u>Glissement de terrain</u>^(a): Mouvement de terrain influencé par la gravité. Glissement de masses de sol et/ou de rocher le long d'une ou plusieurs pentes.</p> <p><u>Epidémie</u>^(a):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Augmentation inhabituelle du nombre des cas d'une maladie infectieuse déjà présente au sein de la région ou de la population concernée. 2. Apparition d'un nombre significatif de cas d'une maladie infectieuse introduite au sein d'une région ou d'une population épargnée jusque là.

Références:

- (a) United Nations Department of Humanitarian Affairs: Glossary. Internationally agreed glossary of basic terms related to Disaster Management. DHA-Geneva, December 1992
- (b) W. Nick Carter: Disaster Management. A Disaster Manager's Handbook. Asian Development Bank, 1992
- (c) Abram S. Benenson, Ed.: Control of Communicable Diseases in Man. An official report of the American Public Health Association. Fourteenth edition, 1985

**Annexe 2 Organigram proposé des structures de Gestion des Catastrophes
au sein du Gouvernement du Rwanda**



Annexe 3 Plan d'Action pour le

Développement d'un plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes - Gisenyi et Ruhengeri

CONTRAINTE	SOLUTION PROPOSEE	ACTIVITES	RESPONSABLE POUR LE SUIVI	CALENDRIER
1. Manque de communication entre lieu de catastrophe et formation sanitaire	Utilisation des reseaux de communication existants	1.1 Identification des reseaux existants 1.2 Organisation des contacts avec des autorités et/ou propriétaires de ces reseaux en ce qui concerne des conditions de l'utilisation 1.3 Dissemination des informations écrites sur les conditions de l'utilisation des reseaux à toutes	1.1 MEDIRESA/MEDIDI 1.2 MEDIDI/MEDIRESA 1.3 MEDIDI	Fév. - Mar. 99
2. Organisation insuffisante de l'administration du personnel (noms, adresse, moyen d'alerter, calendrier de garde)	Renforcement de l' administration et de l'organisation	2.1 Mise à jour continue des listes du personnel 2.2 (Re-)Organisation du système de garde 2.3 Elaboration des procédures claires de gestion du personnel pendant les urgences / des catastrophes	2.1 MEDIDI / administrateur 2.2 MEDIDI / Titulaire des FOSA 2.3 MINISANTE	2.1 Fév. - Mar. 99 2.2 Mar. 99 2.3 Mar. - Avr. 99
3. Manque d'un pyramide d'alerte en cas des catastrophes	Organiser le pyramide d'alerte	3.1 Voir 2 3.2 Elaboration des procédures claires en ce qui concerne le redéploiement du personnel pour chaque service vital en cas des catastrophes	3.2 MEDIDI/MEDIRESA	3.2 Mar. - Avr. 99
4. Faible système de triage	Renforcer et améliorer le système de triage / former le personnel	4.1 Détermination des descriptions de tâches, des profils pour le personnel impliqué dans le triage 4.2 Organisation des équipes de triage pour des situations d'urgence / des catastrophes 4.3 Voir 11	4.1 MINISANTE 4.2 MEDIDI/MEDIRESA	4.1 Mar. - Avr. 99 4.2 Mar. 99
5. Le reseau des hôpitaux en cas de catastrophe non-existent	Organiser un reseau des hôpitaux	5.1 Organisation d'une réunion de consultation entre les autorités sanitaires dans les deux préfectures 5.2 Mise en place d'un reseau des équipes chirurgicales, le personnel de soutien, le personnel soignant, le personnel technique (laborantins, radiographie) 5.3 Organisation des exercices de simulation pour s'assurer de l'opérationnalité du reseau 5.4 Organisation des évaluations régulières du reseau	5.1 MEDIRESA 5.2 MEDIRESA/MEDIDI 5.3 MEDIRESA/MEDIDI 5.4 MEDIDI / CRR	5.1 Fév. 99 5.2 Fév. - Mar. 99 5.3 Juin - Juil. 99 5.4 Continue
6. Capacité de transfusion de sang insuffisante pour la gestion d'un nombre élevé des blessés	Augmenter la capacité de la transfusion de sang	6.1 Identification des donateurs du sang 6.2 Faire les prélèvements pour connaître les groupes de sang des volontaires	6. Services Transfusion sanguine de la CRR	Démarrage Fév. 99
7. Linges stériles pour les salles d'opération insuffisantes	Prépositionnement des kits de linges stériles	7.1 Prépositionnement des linges stériles d'opération 7.2 Développement des procédures de gestion des linges stériles prépositionnées	7.1 MEDIDI / partenaires 7.2 MEDIRESA/MEDIDI	Fév. - Mar. 99

CONTRAINTE	SOLUTION PROPOSEE	ACTIVITES	RESPONSABLE POUR LE SUIVI	CALENDRIER
8. Manque du stock d'urgence des médicaments et consommables médicales	Organiser les kits d'urgence	8.1 Développement des kits standards d'urgence (médicaments, consommables médicales) 8.2 Développement des procédures de gestion et de l'utilisation des kits / du stock d'urgence	8.1 MINISANTE / UGC 8.2 MINISANTE-UGC / MEDIRESA/MEDIDI	Fév. - Mar. 99
9. Manque ou l'insuffisance de stock de carburant d'urgence (groupe électrogène)	Prépositionnement d'un stock pour 48 hour à l'hôpital	9.1 Identification de la consommation du groupe électrogène disponible pendant 48 heures 9.2 Prépositionnement d'un stock adéquat de carburant / 48 hrs 9.3 Développement des procédures de gestion de l'utilisation du stock de carburant d'urgence	9.1 MEDIDI 9.2 MEDIDI / partenaires 9.3 MINISANTE-UGC / MEDIRESA/MEDIDI	Fév. 99
10. * Pour Kabaya: - autoclave/ X-ray / groupe électrogène en panne	Depannage et/ou remplacement de l'équipement en panne	10.1 Identification des problèmes de l'équipement 10.2 Organisation de dépannage et/ou remplacement de l'équipement	10.1 MEDIDI Kabaya 10.2 MEDIDI Kabaya	Fév. 99
11. Formation du personnel en gestion des urgences insuffisante	Former le personnel	11.1 Identification des candidats pour formation en gestion des urgences 11.2 Identification des besoins en formation 11.3 Développement d'un curriculum en gestion des urgences 11.4 Développement d'un calendrier de formation 11.5 Organisation de la formation sur le tas 11.6 Organisation d'un système de rotation pour tout le personnel médical, soignant et technique pour maintenir les compétences professionnelles en gestion des urgences	11.1 MEDIDI / MEDIRESA 11.2 MEDIDI 11.3 MINISANTE 11.4 MINISANTE / MEDIRESA 11.5 MEDIDI 11.6 MEDIDI	Démarrage Mar. - Avr. 99
12.** Capacité de la salle d'urgence Insuffisante	Augmenter la capacité de la salle d'urgence	12.1 Aménagement d'une pièce de l'hôpital existante OU construction d'une salle d'urgence 12.2 Développement d'une liste standard de l'équipement d'une salle d'urgence 12.3 Achat et distribution de l'équipement 12.4 Affectation d'un personnel suffisant et qualifié en permanence (24 hr) 12.5 Organisation de la formation continue pour le personnel de la salle d'urgence	12.1 MEDIDI / MINISANTE - UGC 12.2 MINISANTE - UGC 12.3 MINISANTE / partenaires 12.4 MEDIDI 12.5 MEDIDI	12.1 Démarrage Juil. 99 12.2 Juil. - Sep 99 12.3 Démarrage Sep. 99 12.4 Démarrage Juil. 99 12.5 Démarrage Juil. 99
13. Assistance en première secours aux sites des catastrophes insuffisante	Mettre sur pied un reseau des secouristes	13.1 Identification des volontaires 13.2 Formation des secouristes, 1 / 1,000 habitants 13.3 Développement d'un kit standard de première secours 13.4 Développement d'un protocole d'utilisation du kit 13.5 Achat et distribution des kits	13.1 CRR / MEDIDI 13.2 CRR / MEDIDI 13.3 MINISANTE / CRR 13.4 MINISANTE / CRR 13.5 MINISANTE / CRR / partenaires	Fév. - Dec. 99

CONTRAINTE	SOLUTION PROPOSEE	ACTIVITES	RESPONSABLE POUR LE SUIVI	CALENDRIER
14. Capacité des laboratoires de garantir la qualité du sang insuffisante	Approvisionner des réactifs et tests sérologiques (VIH, hépatite B, Syphilis)	14.1 Revue de la politique nationale en matière de transfusion du sang 14.2 Développement d'un protocole pour transfusion du sang en situation d'urgence 14.3 Approvisionnement des tests sérologiques rapides 14.4 Organisation de la formation du personnel des laboratoires	14.1 MINISANTE - UGC 14.2 MINISANTE - UGC 14.3 MINISANTE / partenaires 14.4 Services Transfusion sanguine CRR	Avr. - Juin 99
15. Population pas bien informée en ce qui concerne l'assistance pendant une catastrophe	Augmenter les connaissances des leaders d'opinion en ce qui concerne le besoin d'être solidaire pendant les catastrophes.	15.1 Organisation d'une réunion avec des leaders d'opinion et les Comités des Affaires Sociales	15.1 MEDIDI	Start Mar. 99
16. Communication entre les hôpitaux et autres formations sanitaires non établie	Mettre à la disposition des moyens de communication aux formations sanitaires	16.1 Faire l'inventaire de l'équipement disponible, non-installé 16.2 Installation de l'équipement disponible 16.3 Formation des opérateurs radio 16.4 Requête officielle pour une fréquence d'urgence santé	16.1 MEDIDI/MEDIRESA 16.2 Services techniques MINISANTE 16.3 Services techniques MINISANTE 16.4 MINISANTE	16.1 Avr. 99 16.2 Avr. 99 16.3 Avr. - Mai 99 16.4 Démarrage Avr. 99
17. Collaboration intersectorielle très limitée	Formaliser les structures de gestion des catastrophes au niveau communal et préfectoral	17.1 Organisation des réunions de consultation entre les différents ministères clés 17.2 Développement du document final de la mise en place des structures de gestion des catastrophes 17.3 Adoption officielle du document final par le Gouvernement du Rwanda 17.4 Mise en place des structures de gestion des catastrophes	17. MINISANTE	Démarrage Avr. 99

- * Cette contrainte n'existe que pour l'Hôpital de Kabaya. Les activités à mener ont déjà été incluses dans le plan d'action du District de Kabaya 1999. Néanmoins, cette activité a été mentionnée ici, parce que l'hôpital de Kabaya devra faire partie du réseau des hôpitaux.
- ** Le Ministère de la Santé a inclus la mise en oeuvre des salles d'urgence dans son nouveau plan d'action. Les activités devront démarrer en juillet 1999 et seront appuyées par le projet "L'assurance de Qualité", financé par USAID. Ce projet devra tester le concept dans deux à trois hôpitaux de district.

Glossaire:

MEDIDI	Médecin Directeur du District
UGC	Unité de Gestion des Catastrophes
MINISANTE	Ministère de la Santé
MEDIRESA	Médecin Directeur de la Région Sanitaire
CRR	Croix Rouge Rwandaise

Annexe 4 Canevas pour les plans de préparation en cas des catastrophes

Annexe 4.1 Contraintes communes et mesures proposés pour résoudre les contraintes identifiés

Personnel médical, capacité en matière de gestion des catastrophes, de planification et de gestion en générale:

Mesures à courte terme:

- Mobilisation du personnel adéquatement formé des autres régions sanitaires en faveur des zones affectées
- Organisation de formation et de recyclage pour les agents de santé des hôpitaux
- Mise en place d'un système de rotation de l'ensemble du personnel de santé pour travailler régulièrement dans les hôpitaux (en particulier dans les salles d'urgence)
- Garantir un budget pour le recrutement du personnel temporaire.

Mesures à moyen terme:

- Formation des formateurs pour les cours de recyclage en matière de triage et de transfert des blessés graves
- Formation du personnel de santé en matière de planification et de gestion des catastrophes
- Formation du personnel d'administration et de gestion en gestion de stock d'urgence (identification des besoins de formation, l'élaboration des curricula, formation des formateurs, formation du personnel)

Mesures à long terme:

- Formation de nouveaux agents de santé (infirmiers), secouristes, personnel d'ambulance, inspecteurs d'hygiène, etc..

Système d'ambulance:

- Acquisition d'ambulances adéquatement équipées (pas des bus)
- Elaboration des listes standards d'équipement et des médicaments pour les ambulances
- Elaboration des procédures sur l'utilisation des ambulances pour garantir un usage approprié

Système de communication:

- Exploitation des systèmes de communication existants (MININTER, MINADEF, Croix Rouge Rwandaise, ONG)
- Standardisation de l'équipement radiophonie à acquérir et à installer
- Acquisition et installation des équipements dans les formations sanitaires et les ambulances
- Formation du personnel des formations sanitaires en matière de fonctionnement de l'équipement.

Système d'information:

- Développement du système d'information sanitaire adapté aux besoins de collecte des données au moment des urgences
- Révision/adaptation des formulaires de collecte des données existants
- Formation du personnel à l'emploi des formulaires adaptés
- Garantir la disponibilité des ressources financières pour la multiplication des formulaires
- Développement d'un pyramide d'alerte du personnel
- Développement des formulaires de collecte des données permettant l'analyse de vulnérabilité

- Elaboration et/ou révision des protocoles d'interventions spécifiques
- Préparation des cartes reprenant l'information sur les sources d'eau, les forêts, les infrastructures sanitaires, etc. au niveau communal et préfectoral
- Elaboration des formulaires d'évaluation de base
- Elaboration des protocoles de rapportage pour les Comités Communaux et Préfectoraux de Gestion des Catastrophes et pour le Bureau National de Gestion des Catastrophes
- Développement des formulaires de suivi de l'évolution de la situation
- Etablissement et/ou amélioration des mécanismes d'échange d'information avec les pays voisins

Médicaments et équipement médical:

- Elaboration de listes standards des médicaments et de l'équipement d'urgence et prépositionnement des ces fournitures aux différents niveaux du système de santé (les listes devrait comprendre le matériel de désinfection pour l'exhumation et l'ensevelissement des cadavres)
- Identification des entrepôts au niveau central, préfectoral et communal
- Prépositionnement des médicaments et l'équipement à tous les niveaux
- Développement d'un système de gestion de stock d'urgence qui permette le suivi de l'utilisation de ces stocks
- Développement d'un système uniforme de distribution
- Identification des stocks d'urgence disponibles auprès des agences partenaires.

Législation en matière des catastrophes:

- Elaboration de la législation en matière des catastrophes
- Diffusion des textes législatifs relatifs aux catastrophes

Procédures de décaissement des fonds en cas des catastrophes:

- Adaptation des procédures existantes pour le déblocage des fonds lors des catastrophes

Renforcement de la collaboration intersectorielle

Annexe 4.2 Canevas pour le plan de préparation en cas d'une

GUERRE CIVILE / d'un CONFLIT ARME

MINISTERE DE LA SANTE - RWANDA

Aperçu général:

Le document qui suit est le résultat de deux ateliers organisés par le projet "Mise en place de l'Unité de Gestion des Catastrophes - Ministère de la Santé" en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Beaucoup des personnes ont participé au processus du développement de ce canevas: des représentants des différentes divisions du Ministère de la Santé, ainsi que des représentants de huit (8) autres ministères, de la Croix Rouge Rwandaise, de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, du Comité International de la Croix Rouge, de l'OMS, du PAM et des ONG.

Ce canevas pour le plan de préparation en cas d'une guerre civile / d'un conflit armé considère que ces aspects pour lesquelles le Ministère de la Santé est premièrement responsable et qui sont directement liés aux services de soins de santé et nutritionnels. Les activités de préparation en cas des catastrophes à exécuter par les autres ministères sont également considérées importantes par le Ministère de la Santé pour atteindre ses objectifs. Le Ministère de la Santé souligne le besoin en collaboration intersectorielle pour garantir l'accès aux services essentiels des populations affectées par des catastrophes.

Les structures de gestion des catastrophes proposées et à mettre en place au niveau communal, préfectoral et central n'ont pas été mentionnées dans le canevas. En attendant la mise en place de ces structures, des comités ad hoc seront mise sur pieds, comme antérieurement, pour prendre en charge la gestion et la coordination efficace des interventions d'urgence.

GLOSSAIRE:

BNGC = Bureau National de Gestion des Catastrophes
CCGC = Comité Communal de Gestion des Catastrophes
CPGC = Comité Préfectoral de Gestion des Catastrophes
CRR = Croix Rouge Rwandaise
MINISANTE = Ministère de la Santé
UGC = Unité de Gestion des Catastrophes

NIVEAU COMMUNAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>1.1.a.1 Collecte des données sur l'état de santé et nutritionnelle et le système d'approvisionnement d'eau et d'assainissement;</p> <p>1.1.a.2 Assistance au développement du Plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes;</p> <p>1.1.a.3 Collecte et analyse des données sur la vulnérabilité de la population;</p> <p>1.1.a.4 Gestion des ressources humaines;</p> <p>1.1.a.5 Identification des infrastructures et sites pour déplacés;</p> <p>1.1.a.6 Formation du personnel en matière de triage et de référence des blessés</p>	<p>1.1.a.1 Agents de Santé, Inspecteurs d'Hygiene</p> <p>1.1.a.2 Personnel et autorités sanitaires</p> <p>1.1.a.3 Personnel</p> <p>1.1.a.4 Autorités sanitaires, personnel</p> <p>1.1.a.5 Autorités sanitaires, personnel</p> <p>1.1.a.6 Personnel de l'hôpital, formateurs</p>	<p>1.1.a.1 Disponible</p> <p>1.1.a.2 Disponible</p> <p>1.1.a.3 Disponible</p> <p>1.1.a.4 Autorités sur place</p> <p>1.1.a.5 Voir 1.1.a.4</p> <p>1.1.a.6 Disponible</p>	<p>1.1.a.1 Formation dans l'utilisation des formulaires nécessaire, nouveaux inspecteurs d'hygiene à former</p> <p>1.1.a.2 Formation en planification et gestion requise</p> <p>1.1.a.3 Formation dans l'approche et la méthodologie de l'analyse de vulnérabilité</p> <p>1.1.a.4 Mise à jour de la liste du personnel</p> <p>1.1.a.5 Rien</p> <p>1.1.a.6 Développement du curriculum et formation des formateurs nécessaire</p>
Activités Phase réponse initiale/ évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>1.1.b.1 Collecte des données continue sur l'état de santé et nutritionnelle;</p> <p>1.1.b.2 Mise en oeuvre du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes;</p> <p>1.1.b.3 Installation des sites des déplacés avec accès aux services;</p> <p>1.1.b.4 Assurance de l'accès aux services soins de santé et services nutritionnels;</p> <p>1.1.b.5 Identification des besoins;</p>	<p>1.1.b.1 Agents de santé</p> <p>1.1.b.2 Autorités sanitaires du District et de l'Hôpital</p> <p>1.1.b.3 Autorités sanitaires</p> <p>1.1.b.4 Agents de santé, inspecteurs d'Hygiene</p> <p>1.1.b.5 Autorités sanitaires</p>	<p>1.1.b.1 Disponible</p> <p>1.1.b.2 Sur place</p> <p>1.1.b.3 Sur place</p> <p>1.1.b.4 Disponible</p> <p>1.1.b.5 Disponible</p>	<p>1.1.b.1 Voir 1.1.a.1</p> <p>1.1.b.2 S'assurer de la mise à jour des aptitudes: organisation d'un système de rotation et des exercices de simulation</p> <p>1.1.b.3 Rien</p> <p>1.1.b.4 Rien ou mobilisation du personnel des autres niveaux</p> <p>1.1.b.5 Rien</p>
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>1.1.c.1 Garantir l'accès aux soins de santé et services nutritionnels adéquats et appropriés;</p> <p>1.1.c.2 Collecte des données de base;</p> <p>1.1.c.3 Identification des besoins des populations affectées;</p> <p>1.1.c.4 Suivi de l'évolution de la situation;</p> <p>1.1.c.5 Gestion des ressources mises à la disposition;</p> <p>1.1.c.6 Organisation de l'exhumation et enterrement approprié des victimes</p>	<p>1.1.c.1 Agents de santé</p> <p>1.1.c.2 Agents de santé</p> <p>1.1.c.3 Autorités sanitaires</p> <p>1.1.c.4 Autorités sanitaires</p> <p>1.1.c.5 Gestionnaires</p> <p>1.1.c.6 Inspecteurs d'hygiene, autorités sanitaires</p>	<p>1.1.c.1 Disponible</p> <p>1.1.c.2 Disponible</p> <p>1.1.c.3 Sur place</p> <p>1.1.c.4 Sur place</p> <p>1.1.c.5 Disponible</p> <p>1.1.c.6 Disponible</p>	<p>1.1.c.1 Mobilisation du personnel additionnel pourrait être nécessaire</p> <p>1.1.c.2 Voir 1.1.a.1</p> <p>1.1.c.3 Rien</p> <p>1.1.c.4 Rien</p> <p>1.1.c.5 Besoin en formation dans l'utilisation du système de gestion du stock d'urgence</p> <p>1.1.c.6 Voir 1.1.c.1</p>
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
<p>1.1.a.1 Collecte des données sur l'état de santé et nutritionnelle et le système d'approvisionnement d'eau et d'assainissement;</p> <p>1.1.a.2 Assistance au développement du Plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes;</p> <p>1.1.a.3 Collecte et analyse des données sur la vulnérabilité de la population;</p> <p>1.1.a.4 Gestion des ressources humaines;</p>	<p>1.1.a.1 Formulaire pour collecte des données;</p> <p>1.1.a.2 Procédures d'urgence, stock d'urgence des médicaments, consommables médicales, équipement médicale, moyens de transport et de communication;</p> <p>1.1.a.3 Equipement, fournitures de bureau, formulaires de collecte des données;</p> <p>1.1.a.4 Equipement et fournitures de bureau, procédures et standards développées;</p>	<p>1.1.a.1 Disponible, mais besoin de revision</p> <p>1.1.a.2 Pas disponible</p> <p>1.1.a.3 Formulaire pas disponibles</p> <p>1.1.a.4 Disponible</p> <p>1.1.a.5 Protocole pas disponible</p>	<p>1.1.a.1 Révision des formulaires et fonds pour multiplication</p> <p>1.1.a.2 Procédures à développer, stock d'urgence à prépositionner</p> <p>1.1.a.3 Développement du formulaire</p> <p>1.1.a.4 Révision des procédures pourrait être nécessaire</p> <p>1.1.a.5 Développement du protocole</p>

1.1.a.5 Identification des infrastructures et sites pour déplacés; 1.1.a.6 Formation du personnel en matière de triage et de référence des blessés	1.1.a.5 Protocols, moyens de communication; 1.1.a.6 Curriculum développé, protocoles, procédures et matériel didactique	1.1.a.6 Pas disponible	1.1.a.6 Développement du curriculum, l'organisation de la formation, formation des formateurs, identification des candidats pour la formation et fonds pour la formation
Activités Phase réponse initiale/ évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.1.b.1 Collecte des données continue sur l'état de santé et nutritionnelle; 1.1.b.2 Mise en oeuvre du plan hospitalier de préparation en cas des catastrophes; 1.1.b.3 Installation des sites des déplacés avec accès aux services; 1.1.b.4 Assurance de l'accès aux services soins de santé et services nutritionnels; 1.1.b.5 Identification des besoins;	1.1.b.1 Equipement, fournitures de bureau, formulaires de collecte des données; 1.1.b.2 Médicaments, matériel et équipement médical; 1.1.b.3 Plastic sheeting, items non-vivres, bladders, médicaments, matériel médical; 1.1.b.4 Médicaments, matériel et équipement médical, bladders, pompes, vivres, vivres thérapeutiques et supplémentaires; 1.1.b.5 Equipement et fourniture de bureau;	1.1.b.1 Disponible 1.1.b.2 Stock d'urgence pas disponible 1.1.b.3 Voir 1.1.b.2 1.1.b.4 Stocks normaux disponibles, mais pourrait être insuffisants 1.1.b.5 Disponible	1.1.b.1 Fonds pour multiplication, révision pourrait être disponible 1.1.b.2 Prépositionner le stock d'urgence, fonds pour l'achat des stocks 1.1.b.3 Voir 1.1.b.2 1.1.b.4 Voir 1.1.b.2 1.1.b.5 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.1.c.1 Garantir l'accès aux soins de santé et services nutritionnels adéquats et appropriés; 1.1.c.2 Collecte des données de base; 1.1.c.3 Identification des besoins des populations affectées; 1.1.c.4 Suivi de l'évolution de la situation; 1.1.c.5 Gestion des ressources mises à la disposition; 1.1.c.6 Organisation de l'exhumation et enterrement approprié des victimes	1.1.c.1 Médicaments, matériel et équipement médical, vivres thérapeutiques et supplémentaires; 1.1.c.2 Formulaire de collecte des données, moyens de transport, équipement et fourniture de bureau; 1.1.c.3 Equipement et fourniture de bureau; 1.1.c.4 Moyens de communication, équipement et fourniture de bureau; 1.1.c.5 Equipement et fourniture de bureau, système de gestion de stock, dépôts; 1.1.c.6 Désinfectant, vêtements protectifs, matériels pour enterrement	1.1.c.1 Voir 1.1.b.2 1.1.c.2 Moyens de transport pourraient être insuffisants 1.1.c.3 Disponible 1.1.c.4 Moyens de communication insuffisants 1.1.c.5 Dépôts pas disponibles, stocks d'urgence pas prépositionnés 1.1.c.6 Pas disponible	1.1.c.1 Voir 1.1.b.2 1.1.c.2 Fonds pour louer, mobilisation aux autres services 1.1.c.3 Rien 1.1.c.4 Développement d'un système de communication standard 1.1.c.5 Fonds pour louer, prépositionnement des stocks d'urgence 1.1.c.6 Prépositionnement dans le stock d'urgence

NIVEAU PREFECTORAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.2.a.1 Développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 1.2.a.2 Analyse des données collectées sur l'état de santé et nutritionnelle et le système d'approvisionnement d'eau et d'assainissement 1.2.a.3 Définition des critères de vulnérabilité; 1.2.a.4 Analyse de vulnérabilité; 1.2.a.5 Identification des sites d'implantation des camp; 1.2.a.6 Suivi de l'évolution de la situation; 1.2.a.7 Prépositionnement des stocks et des ressources essentiels; 1.2.a.8 Gestion de stock et des ressources;	1.2.a.1 Autorités Sanitaires 1.2.a.2 Autorités Sanitaires, agents de santé 1.2.a.3 Autorités Sanitaires, agents de santé, Leaders politiques 1.2.a.4 Autorités Sanitaires, agents de santé, Leaders politiques 1.2.a.5 Autorités Sanitaires, agents de santé 1.2.a.6 Autorités Sanitaires, agents de santé 1.2.a.7 Autorités Sanitaires, agents de santé 1.2.a.8 Gestionnaires	1.2.a.1 Disponible 1.2.a.2 Disponible 1.2.a.3 Disponible 1.2.a.4 Disponible 1.2.a.5 Disponible 1.2.a.6 Disponible 1.2.a.7 Disponible 1.2.a.8 Disponible	1.2.a.1 Mobilisation d'une assistance technique pour la planification et la gestion 1.2.a.2 Formation si nécessaire 1.2.a.3 Introduction dans l'approche et la méthodologie requise 1.2.a.4 Voir 1.2.a.3 1.2.a.5/6 Rien 1.2.a.7 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence requise 1.2.a.8 Voir 1.2.a.7

Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.2.b.1 Analyse des données collectées; 1.2.b.2 Identification des besoins des populations affectées; 1.2.b.3 Mobilisation des ressources nécessaires; 1.2.b.4 Gestion des ressources mises à la disposition aux populations affectées; 1.2.b.5 L'assistance à la mise en place des sites des déplacés; 1.2.b.6 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.2.b.7 Suivi de l'évolution de la situation;	1.2.b.1 Personnel 1.2.b.2 Autorités Sanitaires pour le CPGC 1.2.b.3 Autorités Sanitaires pour le CPGC 1.2.b.4 Gestionnaires 1.2.b.5 Agents de Santé, Inspecteurs d'Hygiene 1.2.b.6 Agents de Santé, Inspecteurs d'Hygiene, Nutritionnists 1.2.b.7 Autorités Sanitaires pour le CPGC	1.2.b.1 Disponible 1.2.b.2 Sur place 1.2.b.3 Sur place 1.2.b.4 Disponible 1.2.b.5 Disponible 1.2.b.6 Disponible, mais pourrait être insuffisant 1.2.b.7 Sur place	1.2.b.1 ien 1.2.b.2 Rien 1.2.b.3 Rien 1.2.b.4 Rien 1.2.b.5 Mobilisation du personnel additionnel pourrait être nécessaire 1.2.b.6 Voir 1.2.b.5 1.2.b.7 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.2.c.1 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.2.c.2 Analyse des données collectées; 1.2.c.3 Identification des besoins; 1.2.c.4 Mobilisation des ressources additionnelles; 1.2.c.5 Gestion des ressources disponibles;	1.2.c.1 Agents de Santé, Inspecteurs d'Hygiene 1.2.c.2 Personnel 1.2.c.3 Autorités Sanitaires pour le CPGC 1.2.c.4 Autorités Sanitaires pour le CPGC 1.2.c.5 Gestionnaires	1.2.c.1 Disponible, mais pourrait être insuffisant 1.2.c.2 Disponible 1.2.c.3 Sur place 1.2.c.4 Sur place 1.2.c.5 Disponible	1.2.c.1 Mobilisation du personnel additionnel pourrait être nécessaire 1.2.c.2 Rien 1.2.c.3 Rien 1.2.c.4 Rien 1.2.c.5 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence requise
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.2.a.1 Développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 1.2.a.2 Analyse des données collectées sur l'état de santé et nutritionnelle et le système d'approvisionnement d'eau et d'assainissement 1.2.a.3 Définition des critères de vulnérabilité; 1.2.a.4 Analyse de vulnérabilité; 1.2.a.5 Identification des sites d'implantation des camps; 1.2.a.6 Suivi de l'évolution de la situation; 1.2.a.7 Prépositionnement des stocks et des ressources essentiels; 1.2.a.8 Gestion de stock et des ressources;	1.2.a.1 Médicaments, matériel et équipement médical; 1.2.a.2 Formulaire de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 1.2.a.3 Equipement et fourniture de bureau; 1.2.a.4 Equipement et fourniture de bureau; 1.2.a.5 Moyens de transport; 1.2.a.6 Moyens de transport, communication 1.2.a.7 Médicaments, matériel et équipement médical, dépôts; 1.2.a.8 Système de gestion de stock d'urgence, équipement et fourniture de bureau;	1.2.a.1 Stock d'urgence pas disponible 1.2.a.2 Formulaires disponibles, mais révision pourrait être nécessaire 1.2.a.3 Disponible, sauf un guide 1.2.a.4 Disponible 1.2.a.5 Disponible, mais pourrait être insuffisant 1.2.a.6 Disponible 1.2.a.7 Stocks d'urgence et les dépôts pas disponibles 1.2.a.8 Système de gestion de stock pas disponible	1.2.a.1 Prépositionnement d'un stock d'urgence 1.2.a.2 Révision des formulaires, fonds pour multiplication 1.2.a.3 Développement d'un guide requis 1.2.a.4 Voir 1.2.a.4 1.2.a.5 Fonds pour louer 1.2.a.6 Rien 1.2.a.7 Prépositionnement du stock d'urgence et développement du système de gestion de stock d'urgence 1.2.a.8 Développement du système de gestion de stock d'urgence
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.2.b.1 Analyse des données collectées; 1.2.b.2 Identification des besoins des populations affectées; 1.2.b.3 Mobilisation des ressources nécessaires; 1.2.b.4 Gestion des ressources mises à la disposition aux populations affectées; 1.2.b.5 L'assistance à la mise en place des sites des	1.2.b.1 Formulaires de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 1.2.b.2 Equipement et fourniture de bureau, moyens de transport et de communication; 1.2.b.3 Moyens de communication; 1.2.b.4 Système de gestion de stock d'urgence, équipement et fourniture de bureau;	1.2.b.1 Disponible, mais besoin d'être révisés 1.2.b.2 Moyens de transport et de communication pourraient être insuffisants 1.2.b.3 Voir 1.2.b.2 1.2.b.4 Voir 1.2.a.8	1.2.b.1 Révision du formulaire 1.2.b.2 Equiper selon les normes du MINISANTE 1.2.b.3 Voir 1.2.b.2 1.2.b.4 Voir 1.2.a.8 1.2.b.5 Voir 1.2.b.2 1.2.b.6 Voir 1.2.a.7

déplacés; 1.2.b.6 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.2.b.7 Suivi de l'évolution de la situation;	1.2.b.5 Moyens de transport; 1.2.b.6 Médicaments, matériel et équipement médical, vivres thérapeutiques et supplémentaires; 1.2.b.7 Equipement et fourniture de bureau, moyens de transport et communication;	1.2.b.5 Voir 1.2.b.2 1.2.b.6 Voir 1.2.a.7 1.2.b.7 Voir 1.2.b.2	1.2.b.7 Voir 1.2.b.2
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.2.c.1 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.2.c.2 Analyse des données collectées; 1.2.c.3 Identification des besoins; 1.2.c.4 Mobilisation des ressources additionnelles; 1.2.c.5 Gestion des ressources disponibles;	1.2.c.1 Médicaments, matériel et équipement médical, vivres thérapeutiques et supplémentaires; 1.2.c.2 Formulaires de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 1.2.c.3 Equipement et fourniture de bureau, moyens de transport; 1.2.c.4 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.2.c.5 Système de gestion de stock, équipement et fourniture de bureau;	1.2.c.1 Voir 1.2.a.7 1.2.c.2 Disponible 1.2.c.3 Voir 1.2.b.2 1.2.c.4 Disponible 1.2.c.5 Disponible, sauf le système de gestion de stock d'urgence	1.2.c.1 Voir 1.2.a.7 1.2.c.2 Rien 1.2.c.3 Voir 1.2.b.2 1.2.c.4 Rien 1.2.c.5 Voir 1.2.a.8

NIVEAU CENTRAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.3.a.1 Développement des plans de contingence; 1.3.a.2 Développement du système de gestion des ressources humaines et matérielles; 1.3.a.3 Développement des procédures d'urgence pour l'assistance internationale; 1.3.a.4 Analyse données des systèmes d'alerte précoce; 1.3.a.5 Analyse de la vulnérabilité;	1.3.a.1 Personnel UGC pour BNGC 1.3.a.2 Personnel DAF 1.3.a.3 Personnel de l'Unité de Coordination des ONG 1.3.a.4 Personnel technique 1.3.a.5 Personnel UGC pour BNGC	1.3.a.1 Disponible 1.3.a.2 Disponible 1.3.a.3 Disponible 1.3.a.4 Disponible 1.3.a.5 Disponible	1.3.a.1 Renforcement et/ou amélioration de la capacité en planification et gestion 1.3.a.2 Rien 1.3.a.3 Rien 1.3.a.4 Rien 1.3.a.5 Introduction à l'approche et la méthodologie
Activités Phase de réponse initiale	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.3.b.1 Analyse des données collectées; 1.3.b.2 Analyse des besoins identifiées; 1.3.b.3 Mobilisation des ressources; 1.3.b.4 L'utilisation des procédures d'urgence d'approbation des projets, du personnel expatriés, etc., si l'assistance internationale est requise; 1.3.b.5 Gestion des stock et des ressources disponibles; 1.3.b.6 Suivi de l'évolution de la situation;	1.3.b.1 Personnel technique 1.3.b.2 Personnel permanent du UGC pour le BNGC 1.3.b.3 Personnel permanent du UGC pour le BNGC 1.3.b.4 Personnel de l'Unité de Coordination des ONG 1.3.b.5 Personnel DAF 1.3.b.6 Personnel permanent du UGC pour le BNGC	1.3.b.1 Disponible 1.3.b.2 Disponible 1.3.b.3 Disponible 1.3.b.4 Disponible 1.3.b.5 Disponible 1.3.b.6 Disponible	1.3.b.1 Rien 1.3.b.2 Rien 1.3.b.3 Rien 1.3.b.4 Rien 1.3.b.5 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence requise 1.3.b.6 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
1.3.c.1 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.3.c.2 Analyse des données et identification des besoins; 1.3.c.3 Mobilisation des ressources nécessaires; 1.3.c.4 Assurer la gestion efficace et la distribution équitable des ressources disponibles; 1.3.c.5 Organisation des descentes sur le terrain pour le	1.3.c.1 Personnel technique 1.3.c.2 Personnel technique 1.3.c.3 Personnel permanent BNGC et des UGC 1.3.c.4 Gestionnaires 1.3.c.5 Personnel de l'UGC	1.3.c.1 Disponible 1.3.c.2 Disponible 1.3.c.3 Disponible 1.3.c.4 Disponible 1.3.c.5 Disponible	1.3.c.1 Mobilisation des ressources additionnelles pourrait être nécessaire, fonds 1.3.c.2 Rien 1.3.c.3 Rien 1.3.c.4 Formation dans l'application des procédures de gestion des ressources

suivi de la situation			requis 1.3.c.5 Assistance technique pourrait être nécessaire
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.3.a.1 Développement des plans de contingence; 1.3.a.2 Développement du système de gestion des ressources humaines et matérielles; 1.3.a.3 Développement des procédures d'urgence pour l'assistance internationale; 1.3.a.4 Analyse données des systèmes d'alerte précoce; 1.3.a.5 Analyse de la vulnérabilité;	1.3.a.1 Equipement et fourniture de bureau, documentation de référence; 1.3.a.2 Equipement et fourniture de bureau, système de gestion de stock d'urgence; 1.3.a.3 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.a.4 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication, transport; 1.3.a.5 Equipement et fourniture de bureau;	1.3.a.1 Disponible 1.3.a.2 Disponible, mais révision pourrait être nécessaire 1.3.a.3 Disponible 1.3.a.4 Disponible 1.3.a.5 Disponible	1.3.a.1 Rien 1.3.a.2 Révision et organisation de la formation + fonds pour la formation 1.3.a.3 Rien 1.3.a.4 Rien 1.3.a.5 Rien
Activités Phase de réponse initiale	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.3.b.1 Analyse des données collectées; 1.3.b.2 Analyse des besoins identifiés; 1.3.b.3 Mobilisation des ressources; 1.3.b.4 L'utilisation des procédures d'urgence d'approbation des projets, du personnel expatriés, etc., si l'assistance internationale est requise; 1.3.b.5 Gestion des stock et des ressources disponibles; 1.3.b.6 Suivi de l'évolution de la situation;	1.3.b.1 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.b.2 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.b.3 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.b.4 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.b.5 Système de gestion de stock, dépôts, moyens de transport; 1.3.b.6 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication;;	1.3.b.1 Disponible 1.3.b.2 Disponible 1.3.b.3 Disponible 1.3.b.4 Disponible 1.3.b.5 Des dépôts et le système de gestion de stock d'urgence pas disponibles/non-existant 1.3.b.6 Disponible	1.3.b.1 Rien 1.3.b.2 Rien 1.3.b.3 Rien 1.3.b.4 Rien 1.3.b.5 Fonds pour louer, système à développer 1.3.b.6 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
1.3.c.1 Garantir l'accès aux services essentiels; 1.3.c.2 Analyse des données et identification des besoins; 1.3.c.3 Mobilisation des ressources nécessaires; 1.3.c.4 Assurer la gestion efficace et la distribution équitable des ressources disponibles; 1.3.c.5 Organisation des descentes sur le terrain pour le suivi de la situation	1.3.c.1 Médicaments, matériel et équipement médical, moyens de transport et de communication; 1.3.c.2 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.c.3 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.c.4 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 1.3.c.5 Moyens de transport, formulaires de l'évaluation/suivi	1.3.c.1 Stock d'urgence pas disponible, moyens de transport et de communication pourraient être insuffisants 1.3.c.2 Disponible 1.3.c.3 Disponible 1.3.c.4 Disponible 1.3.c.5 Disponible, mais pourrait être insuffisant	1.3.c.1 Prépositionnement du stock d'urgence, fonds pour louer et amélioration de la gestion du charroi, équiper selon les normes MINISANTE 1.3.c.2 Rien 1.3.c.3 Rien 1.3.c.4 Rien 1.3.c.5 Fonds pour louer

Annexe 4.3 Canevas pour le plan de préparation en cas des

ACCIDENTS MAJEURS

MINISTERE DE LA SANTE - RWANDA

Aperçu général:

Le document qui suit est le résultat de deux ateliers organisés par le projet "Mise en place de l'Unité de Gestion des Catastrophes - Ministère de la Santé" en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Beaucoup des personnes ont participé au processus du développement de ce canevas: des représentants des différentes divisions du Ministère de la Santé, ainsi que des représentants de huit (8) autres ministères, de la Croix Rouge Rwandaise, de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, du Comité International de la Croix Rouge, de l'OMS, du PAM et des ONG.

Ce canevas pour le plan de préparation en cas des accidents majeurs considère que ces aspects pour lesquelles le Ministère de la Santé est premièrement responsable et qui sont directement liés aux services de soins de santé et nutritionnels. Les activités de préparation en cas des catastrophes à exécuter par les autres ministères sont également considérées importantes par le Ministère de la Santé pour atteindre ses objectifs. Le Ministère de la Santé souligne le besoin en collaboration intersectorielle pour garantir l'accès aux services essentiels des populations affectées par des catastrophes.

Les structures de gestion des catastrophes proposées et à mettre en place au niveau communal, préfectoral et central n'ont pas été mentionnées dans le canevas. En attendant la mise en place de ces structures, des comités ad hoc seront mise sur pieds, comme antérieurement, pour prendre en charge la gestion et la coordination efficace des interventions d'urgence.

GLOSSAIRE:

BNGC = Bureau National de Gestion des Catastrophes
CCGC = Comité Communal de Gestion des Catastrophes
CPGC = Comité Préfectoral de Gestion des Catastrophes
CRR = Croix Rouge Rwandaise
MINISANTE = Ministère de la Santé
UGC = Unité de Gestion des Catastrophes

NIVEAU COMMUNAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.1.a.1 Assistance au développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes, y compris le système d'ambulance en vigueur; 2.1.a.2 Garantir la disponibilité des secouristes formés; 2.1.a.3 Organisation des exercices de simulation des plans hospitaliers, des secouristes;	2.1.a.1 Autorités Sanitaires, personnel d'ambulance 2.1.a.2 Personnel pour le développement des curriculae, formateurs 2.1.a.3 Agents de Santé, Administrateurs	2.1.a.1 Sur place, sauf le personnel d'ambulance 2.1.a.2 Réseau de formateurs de la CRR 2.1.a.3 Disponible	2.1.a.1 Capacité en planification et gestion insuffisante, formation du personnel d'ambulance 2.1.a.2 Nombre des formateurs insuffisant: formation des formateurs du MINISANTE 2.1.a.3 Formation et système de rotation à mettre en place
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.1.b.1 Recherche et premier secours aux et évacuation des victimes; 2.1.b.2 Assurer l'accès aux soins de santé appropriés des victimes (si besoin, mise en oeuvre des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes); 2.1.b.3 Evaluation rapide pour l'identification des besoins prioritaires (collection des données sur l'état de santé et nutritionnelle); 2.1.b.4 Garantir l'accès aux services de santé et la réhabilitation nutritionnelle; 2.1.b.5 Garantir l'évacuation et l'enterrement appropriés des cadavres;	2.1.b.1 Volontaires secouristes 2.1.b.2 Agents de Santé, personnel d'ambulance 2.1.b.3 Agents de santé, Inspecteurs d'Hygiene 2.1.b.4 Agents de santé, Inspecteurs d'Hygiene 2.1.b.5 Inspecteur d'Hygiene	2.1.b.1 Disponible 2.1.b.2 Disponible, sauf le pyramide d'alerte pas organisé, personnel d'ambulance pas disponible 2.1.b.3 Disponible 2.1.b.4 Disponible 2.1.b.5 Disponible	2.1.b.1 Nombre insuffisant: formation des secouristes et des formateurs MINISANTE 2.1.b.2 Nombre insuffisant: formation de nouveau personnel, organisation du pyramide d'alerte, et mobilisation du personnel d'ailleurs 2.1.b.3 Voir 2.1.b.2 2.1.b.4 Voir 2.1.b.2 2.1.b.5 Voir 2.1.b.2
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.1.c.1 Continuation de la collecte des données; 2.1.c.2 Continuation de l'identification des besoins; 2.1.c.3 Garantir l'accès aux services essentiels;	2.1.c.1 Agents de Santé, Inspecteurs d'hygiene 2.1.c.2 Personnel technique 2.1.c.3 Agents de Santé, Inspecteurs d'hygiene	2.1.c.1 Disponible 2.1.c.2 Disponible 2.1.c.3 Disponible	2.1.c.1 Si nécessaire, mobilisation d'ailleurs et formation dans l'utilisation des formulaires révisés 2.1.c.2 Rien ou comme 2.1.c.1 2.1.c.3 Rien ou comme 2.1.c.1
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.1.a.1 Assistance au développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes, y compris le système d'ambulance en vigueur; 2.1.a.2 Garantir la disponibilité des secouristes formés; 2.1.a.3 Organisation des exercices de simulation des plans hospitaliers, des secouristes;	2.1.a.1 Système d'ambulance opérationnel, moyens de communication, matériel et équipement médical, médicaments; 2.1.a.2 Equipement et fourniture de bureau, matériel didactique; 2.1.a.3 Moyens de communication, ambulances;	2.1.a.1 Ambulances pas conformes aux standards, pas équipés et système de communication non-opérationnel 2.1.a.2 Disponible à la CRR 2.1.a.3 Système de communication à réviser et à renforcer	2.1.a.1 Développement des normes sur type de véhicule, équipement standard et liste des médicaments standard et protocole sur l'utilisation des ambulances 2.1.a.2 Fonds pour la multiplication 2.1.a.3 Utilisation des reseaux existants
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.1.b.1 Recherche et premier secours aux et évacuation des victimes; 2.1.b.2 Assurer l'accès aux soins de santé appropriés des victimes (si besoin, mise en oeuvre des plans hospitaliers	2.1.b.1 Médicaments 1re secours, matériel et équipement médical; 2.1.b.2 Ambulances équipés avec systèmes radiophonie, équipement	2.1.b.1 Kits de 1re secours pas disponible, ni les kits d'ambulance; ambulances disponibles, mais pas équipés d'une façon standard	2.1.b.1 Développement des kits standards, achat et distribution; système d'ambulance: voir 2.1.a.1 2.1.b.2 Voir 2.1.a.1, Stocks d'urgence à

de préparation en cas des catastrophes; 2.1.b.3 Evaluation rapide pour l'identification des besoins prioritaires (collection des données sur l'état de santé et nutritionnelle); 2.1.b.4 Garantir l'accès aux services de santé et la réhabilitation nutritionnelle; 2.1.b.5 Garantir l'évacuation et l'enterrement appropriés des cadavres;	standard des FOSA, prépositionnement des ressources d'urgence (équipement, consommables); 2.1.b.3 Moyens de transport, formulaires de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 2.1.b.4 Plastic sheeting pour postes de santé, médicaments, équipement et matériel médical, vivres 2.1.b.5 Cartes des sources d'eau et des cimetières;	2.1.b.2 Voir 2.1.b.1, équipement FOSA disponible, médicaments, consommables médicales, etc. disponibles, mais en quantité insuffisante 2.1.b.3 Disponible 2.1.b.4 Pas disponible 2.1.b.5 Cartes disponibles aux autres Ministères; sites des cimetières connus dans la commune	prépositionner 2.1.b.3 Protocoles devrait être révisés 2.1.b.4 Prépositionnement du stock d'urgence et identification des stocks prépositionnés par des partenaires 2.1.b.5 Mise à jour des cartes, collaboration intersectorielle
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.1.c.1 Continuation de la collecte des données; 2.1.c.2 Continuation de l'identification des besoins; 2.1.c.3 Garantir l'accès aux services essentiels;	2.1.c.1 Formulaires de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 2.1.c.2 Salle de conférence, équipement et fourniture de bureau; 2.1.c.3 Médicaments, matériel médical, vivres	2.1.c.1 Disponible 2.1.c.2 Disponible 2.1.c.3 Disponible, mais en quantité insuffisante	2.1.c.1 Formulaires à adapter aux situations des catastrophes 2.1.c.2 Rien 2.1.c.3 Mobilisation et prépositionnement des stocks

NIVEAU PREFECTORAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.2.a.1 Développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 2.2.a.2 Organisation des exercices de simulation des plans hospitaliers, avec des secouristes, volontaires et autres intervenants; 2.2.a.3 Organisation de la formation des secouristes; 2.2.a.4 Assurer la collecte et l'analyse des données, et l'analyse de vulnérabilité;	2.2.a.1 Autorités sanitaires 2.2.a.2 Autorités sanitaires et administrateurs 2.2.a.3 Formateurs 2.2.a.4 Agents de santé, Inspecteurs d'Hygiene	2.2.a.1 Disponible 2.2.a.2 Disponible 2.2.a.3 Disponible à la CRR 2.2.a.4 Disponible	2.2.a.1 Capacité en planification et gestion à améliorer et/ou à renforcer 2.2.a.2 Rien 2.2.a.3 Nombre des formateurs de la CRR insuffisant: formation des formateurs MINISANTE 2.2.a.4 Nombre insuffisant du personnel: formation du nouveau personnel et mobilisation d'ailleurs
Activités Phase réponse initiale/d'évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.2.b.1 Assistance aux opérations de recherche et secours; 2.2.b.2 Analyse des données collectées au niveau communal; 2.2.b.3 Identification des besoins et mobilisation des ressources et du personnel; 2.2.b.4 Garantir l'accès aux services essentiels (santé et nutrition); 2.2.b.5 Garantir l'accès aux services de santé appropriés et, si besoin, mettre en oeuvre les plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes;	2.2.b.1 Opérateurs radio/téléphone, personnel de santé et volontaires secouristes 2.2.b.2 Personnel 2.2.b.3 Autorités sanitaires 2.2.b.4 Agents de santé 2.2.b.5 Autorités sanitaires et personnel de santé 2.2.b.6 Gestionnaires	2.2.b.1 Opérateurs radio pas disponible, pyramide d'alerte pas organisé 2.2.b.2 Disponible 2.2.b.3 Sur place 2.2.b.4 Disponible 2.2.b.5 Sur place 2.2.b.6 Disponible	2.2.b.1 Nombre insuffisant: formation; opérateurs radio à former; organisation du pyramide d'alerte 2.2.b.2 Formation pourrait être nécessaire dans l'utilisation des formulaires adaptés 2.2.b.3 Rien 2.2.b.4 Personnel insuffisant: mobilisation d'ailleurs et formation du nouveau personnel 2.2.b.5 Mobilisation selon le plan hospitalier

2.2.b.6 Assurer la gestion efficace des ressources;			2.2.b.6 Besoin en formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence;
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.2.c.1 Continuation de l'assistance aux opérations de recherche et secours; 2.2.c.2 Garantir l'accès aux services de santé appropriés; 2.2.c.3 Analyse des données pour l'identification des besoins; 2.2.c.4 Mobilisation des ressources additionnelles; 2.2.c.5 Garantir la distribution efficace, la comptabilité et la gestion des ressources;	2.2.c.1 Volontaires secouristes formés 2.2.c.2 Autorités sanitaires et personnel 2.2.c.3 Agents de santé 2.2.c.4 Autorités sanitaires 2.2.c.5 Gestionnaires, Administrateurs, Personnel pour Distribution	2.2.c.1 Volontaires disponible, mais en nombre insuffisant 2.2.c.2 Disponible 2.2.c.3 Disponible 2.2.c.4 Disponible 2.2.c.5 Disponible	2.2.c.1 Formation d'un secouriste par cellule 2.2.c.2 Voir 2.2.b.4 2.2.c.3 Voir 2.2.b.4 2.2.c.4 Rien 2.2.c.5 Besoin en formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence; fonds pour rémunération du personnel distributeur
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.2.a.1 Développement des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 2.2.a.2 Organisation des exercices de simulation des plans hospitaliers, avec des secouristes, volontaires et autres intervenants; 2.2.a.3 Organisation de la formation des secouristes; 2.2.a.4 Assurer la collecte et l'analyse des données, et l'analyse de vulnérabilité;	2.2.a.1 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 2.2.a.2 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication, transport; 2.2.a.3 Curriculum, matériel didactique; 2.2.a.4 Formulaire de collecte des données, équipement de bureau;	2.2.a.1 Disponible, mais pas du MINISANTE 2.2.a.2 Voir 2.2.a.1 2.2.a.3 Disponible à la CRR 2.2.a.4 Formulaire doivent être révisés	2.2.a.1 Utilisation des réseaux de communication existants et mettre en place le système du MINISANTE 2.2.a.2 Voir 2.2.a.1 2.2.a.3 Fonds pour multiplication 2.2.a.4 Révision et adaptation si besoin
Activités Phase réponse initiale/d'évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.2.b.1 Assistance aux opérations de recherche et secours; 2.2.b.2 Analyse des données collectées au niveau communal; 2.2.b.3 Identification des besoins et mobilisation des ressources et du personnel; 2.2.b.4 Garantir l'accès aux services essentiels (santé et nutrition); 2.2.b.5 Garantir l'accès aux services de santé appropriés et, si besoin, mettre en oeuvre les plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 2.2.b.6 Assurer la gestion efficace des ressources;	2.2.b.1 Pyramide d'alerte et réseau de communication local; 2.2.b.2 Bureaux, équipement de bureau; 2.2.b.3 Equipement de bureau, réseau de communication local; 2.2.b.4 Médicaments, matériel médical, vivres 2.2.b.5 Médicaments, matériel et équipement médical; 2.2.b.6 Equipement et fourniture de bureau, système de gestion de stock d'urgence;	2.2.b.1 Réseau MINISANTE inexistant 2.2.b.2 Disponible 2.2.b.3 Disponible 2.2.b.4 Stock d'urgence pas disponible 2.2.b.5 Voir 2.2.b.4 2.2.b.6 Disponible, sauf le système de gestion du stock d'urgence	2.2.b.1 Utilisation des réseaux existants et mettre en place le réseau du MINISANTE 2.2.b.2 Rien 2.2.b.3 Rien 2.2.b.4 Fonds pour achat et prépositionnement d'un stock d'urgence, mobilisation auprès des partenaires 2.2.b.5 Voir 2.2.b.4 2.2.b.6 Développement d'un système de gestion de stock d'urgence
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.2.c.1 Continuation de l'assistance aux opérations de recherche et secours; 2.2.c.2 Garantir l'accès aux services de santé appropriés; 2.2.c.3 Analyse des données pour l'identification des besoins; 2.2.c.4 Mobilisation des ressources additionnelles; 2.2.c.5 Garantir la distribution efficace, la comptabilité et la gestion des ressources;	2.2.c.1 Curriculum, matériel didactique; 2.2.c.2 Médicaments, matériel médical, vivres 2.2.c.3 Equipement et fourniture de bureau; 2.2.c.4 Equipement de bureau et réseau de communications local; 2.2.c.5 Equipement de bureau, dépôts,	2.2.c.1 Disponible 2.2.c.2 Pas disponible 2.2.c.3 Disponible 2.2.c.4 Disponible 2.2.c.5 Dépôts et stock d'urgence pas disponibles	2.2.c.1 Fonds pour multiplication 2.2.c.2 Fonds, prépositionnement d'un stock d'urgence et mobilisation auprès des partenaires 2.2.c.3 Rien 2.2.c.4 Rien 2.2.c.5 Développement d'un système de gestion de stock d'urgence, fonds pour

	système de gestion de stock d'urgence;		louer
--	----------------------------------------	--	-------

NIVEAU CENTRAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.3.a.1 Elaboration des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 2.3.a.2 Elaboration des curriculae pour la formation des secouristes; 2.3.a.3 Développement d'un pyramide d'alerte pour la mobilisation des secouristes formés;	2.3.a.1 Autorités sanitaires 2.3.a.2 Personnel pour développement des curriculae et formateurs 2.3.a.3 Administrateurs des formations sanitaires, opérateurs radio/téléphone	2.3.a.1 Disponible 2.3.a.2 Disponible à la CRR, nombre des formateurs insuffisant 2.3.a.3 Disponible à la CRR	2.3.a.1 Capacité en planification et gestion à améliorer et/ou à renforcer 2.3.a.2 Fonds pour multiplication, formation des formateurs CRR et MINISANTE 2.3.a.3 Concertation régulière entre autorités sanitaires et la CRR
Activités Phase réponse initiale / évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.3.b.1 Mise en oeuvre des plan hospitaliers de préparation en cas des catastrophes, y compris des procédures pour la mobilisation des ressources; 2.3.b.2 Gestion des ressources d'urgence; 2.3.b.3 Assistance technique aux régions affectées; 2.3.b.4 Analyse des données et identification des besoins; 2.3.b.5 Mobilisation des ressources; 2.3.b.6 Préparation des rapports sur l'évolution de la situation dans le secteur santé; 2.3.b.7 Organisation des réunions de coordination avec les partenaires du secteur santé;	2.3.b.1 Personnel UGC 2.3.b.2 Gestionnaires 2.3.b.3 Personnel expérimenté 2.3.b.4 Personnel des Directions et UGC 2.3.b.5 UGC pour le BNGC 2.3.b.6 UGC du MINISANTE 2.3.b.7 UGC du MINISANTE	2.3.b.1 Disponible 2.3.b.2 Disponible 2.3.b.3 Disponible, mais pas ou insuffisamment formé en gestion des catastrophes 2.3.b.4 Disponible 2.3.b.5 Disponible 2.3.b.6 Disponible 2.3.b.7 Disponible	2.3.b.1 Rien 2.3.b.2 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence 2.3.b.3 Identification des besoins en formation du personnel et identification des cours appropriés 2.3.b.4 Rien 2.3.b.5 Rien 2.3.b.6 Rien 2.3.b.7 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
2.3.c.1 Organisation des réunions régulières de coordination avec les partenaires du secteur santé; 2.3.c.2 Mobilisation des ressources sur la base d'identification des besoins; 2.3.c.3 Gestion des ressources disponibles;	2.3.c.1 UGC 2.3.c.2 UGC pour le BNGC 2.3.c.3 UGC pour le BNGC	2.3.c.1 Disponible 2.3.c.2 Disponible 2.3.c.3 Disponible, mais manque de formation	2.3.c.1 Rien 2.3.c.2 Rien 2.3.c.3 Augmenter le nombre du personnel et améliorer la capacité en gestion
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.3.a.1 Elaboration des plans hospitaliers de préparation en cas des catastrophes; 2.3.a.2 Elaboration des curriculae pour la formation des secouristes; 2.3.a.3 Développement d'un pyramide d'alerte pour la mobilisation des secouristes formés;	2.3.a.1 Médicaments, matériel et équipement médical, moyens de communication; 2.3.a.2 Curriculum, matériel didactique; 2.3.a.3 Moyens de transport, communication;	2.3.a.1 Pas disponible 2.3.a.2 Disponible à la CRR 2.3.a.3 Disponible	2.3.a.1 Fonds pour achat, prépositionnement d'un stock d'urgence et mobilisation d'ailleurs 2.3.a.2 Fonds pour multiplication 2.3.a.3 Utilisation des reseaux existants et mettre en place le reseau MINISANTE
Activités Phase réponse initiale / évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.3.b.1 Mise en oeuvre des plan hospitaliers de préparation en cas des catastrophes, y compris des procédures pour la mobilisation des ressources; 2.3.b.2 Gestion des ressources d'urgence; 2.3.b.3 Assistance technique aux régions affectées;	2.3.b.1 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication et transport; 2.3.b.2 Système de gestion de stock d'urgence, dépôts, équipement de	2.3.b.1 Disponible 2.3.b.2 Système de stock d'urgence et dépôts pas disponible 2.3.b.3 Protocoles pas tous disponibles, procédures à réviser et adapter si	2.3.b.1 Rien 2.3.b.2 Développement d'un système de gestion de stock d'urgence, fonds pour louer 2.3.b.3 Protocoles à réviser et/ou à

2.3.b.4 Analyse des données et identification des besoins; 2.3.b.5 Mobilisation des ressources; 2.3.b.6 Préparation des rapports sur l'évolution de la situation dans le secteur santé; 2.3.b.7 Organisation des réunions de coordination avec les partenaires du secteur santé;	bureau; 2.3.b.3 Moyens de communication, transport, protocols, per diems; 2.3.b.4 Equipement de bureau; 2.3.b.5 Bureaux, moyens de communication, transport, équipement de bureau, budget d'urgence; 2.3.b.6 Bureaux, moyens de communication, transport, équipement de bureau, budget d'urgence; 2.3.b.7 Bureaux, moyens de communication, transport, équipement de bureau, budget d'urgence;	nécessaire 2.3.b.4 Disponible 2.3.b.5 Disponible 2.3.b.6 Disponible 2.3.b.7 Disponible	développer; procédures à réviser et à adapter 2.3.b.4 Rien 2.3.b.5 Rien 2.3.b.6 Rien 2.3.b.7 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
2.3.c.1 Organisation des réunions régulières de coordination avec les partenaires du secteur santé; 2.3.c.2 Mobilisation des ressources sur la base d'identification des besoins; 2.3.c.3 Gestion des ressources disponibles;	2.3.c.1 Bureaux et équipement, moyens de communication, transport 2.3.c.2 Bureaux et équipement, moyens de communication, transport 2.3.c.3 Bureaux et équipement, moyens de communication, transport	2.3.c.1 Disponible 2.3.c.2 Disponible 2.3.c.3 Disponible	2.3.c.1 Rien 2.3.c.2 Rien 2.3.c.3 Rien

Annexe 4.4 Canevas pour le plan de préparation en cas d'une

EPIDEMIE DE CHOLERA

MINISTERE DE LA SANTE - RWANDA

Aperçu général:

Le document qui suit est le résultat de deux ateliers organisés par le projet "Mise en place de l'Unité de Gestion des Catastrophes - Ministère de la Santé" en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé. Beaucoup des personnes ont participé au processus du développement de ce canevas: des représentants des différentes divisions du Ministère de la Santé, ainsi que des représentants de huit (8) autres ministères, de la Croix Rouge Rwandaise, de la Fédération Internationale des Sociétés de la Croix Rouge et du Croissant Rouge, du Comité International de la Croix Rouge, de l'OMS, du PAM et des ONG.

Ce canevas pour le plan de préparation en cas d'une épidémie de Choléra considère que ces aspects pour lesquelles le Ministère de la Santé est premièrement responsable et qui sont directement liés aux services de soins de santé et nutritionnels. Les activités de préparation en cas des catastrophes à exécuter par les autres ministères sont également considérées importantes par le Ministère de la Santé pour atteindre ses objectifs. Le Ministère de la Santé souligne le besoin en collaboration intersectorielle pour garantir l'accès aux services essentiels des populations affectées par des catastrophes.

Les structures de gestion des catastrophes proposées et à mettre en place au niveau communal, préfectoral et central n'ont pas été mentionnées dans le canevas. En attendant la mise en place de ces structures, des comités ad hoc seront mise sur pieds, comme antérieurement, pour prendre en charge la gestion et la coordination efficace des interventions d'urgence.

GLOSSAIRE:

BNGC = Bureau National de Gestion des Catastrophes
CCGC = Comité Communal de Gestion des Catastrophes
CPGC = Comité Préfectoral de Gestion des Catastrophes
CRR = Croix Rouge Rwandaise
MINISANTE = Ministère de la Santé
UGC = Unité de Gestion des Catastrophes

NIVEAU COMMUNAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>3.1.a.1 Préparation des cartes des zones à haut risque; 3.1.a.2 Assurer l'information du public en ce qui concerne l'utilisation et la préparation de l'eau potable et de la détection précoce des signes de choléra; 3.1.a.3 Formation des infirmiers sortants de l'école en détection précoce des signes de choléra et dans la prise en charge correcte des cas de choléra; 3.1.a.4 Garantir la disponibilité des quantités adéquates de SRO aux menages et pour les animateurs de santé; 3.1.a.5 Garantir la disponibilité des quantités adéquates des antibiotiques et solutions de réhydratation au niveau communal; 3.1.a.6 Gestion des stocks d'urgence; 3.1.a.7 Identification des sites pour l'isolement des cas de choléra;</p>	<p>3.1.a.1 Epidémiologistes 3.1.a.2 Animateurs de Santé 3.1.a.3 Superviseurs/Formateurs 3.1.a.4 Agents de Santé, Autorités sanitaires du District 3.1.a.5 Agents de Santé, Autorités sanitaires du District 3.1.a.6 Gestionnaires 3.1.a.7 Agents de Santé</p>	<p>3.1.a.1 Disponible 3.1.a.2 Un animateur de santé / cellule 3.1.a.3 Disponible 3.1.a.4 Disponible 3.1.a.5 Disponible 3.1.a.6 Disponible 3.1.a.7 Disponible</p>	<p>3.1.a.1 Besoin en formation et recyclage 3.1.a.2 Besoin en formation et supervision des formations sanitaires 3.1.a.3 Equipes cadre du District pas complètes: augmenter le personnel 3.1.a.4 Besoin en supervision plus souvent 3.1.a.5 Rien 3.1.a.6 Besoin en formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence 3.1.a.7 Rien</p>
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>3.1.b.1 Assurer la détection des cas suspects; 3.1.b.2 Collecte des informations sur les cas et leurs contacts (visites à domicile); 3.1.b.3 Rapportage sans délai des cas suspects, probables et confirmés aux autorités de district et régionales; 3.1.b.4 Prise des dispositions pour confirmation de choléra; 3.1.b.5 Prise en charge appropriée (réhydratation, thérapie antibiotique et autres soins nécessaires); 3.1.b.6 Assurer la prise des mesures d'isolement; 3.1.b.7 Identification des groupes / communes vulnérables; 3.1.b.8 Assurer la disponibilité de ressources locales pour la lutte contre l'épidémie; 3.1.b.9 Analyse des données et identification des besoins; 3.1.b.10 Echange d'information technique de l'évolution de l'épidémie et assurer l'information du public en ce qui concerne les mesures à prendre par la population même;</p>	<p>3.1.b.1 Agents de Santé formés 3.1.b.2 Agents de Santé formés, Animateurs de Santé 3.1.b.3 Titulaires des Centres de Santé 3.1.b.4 Agents de Santé et Laborantins, Autorités Sanitaires 3.1.b.5 Agents de Santé 3.1.b.6 Agents de Santé 3.1.b.7 Autorités sanitaires, Agents de Santé 3.1.b.8 Autorités Sanitaires du District 3.1.b.9 Autorités Sanitaires 3.1.b.10 Autorités Sanitaires, Animateurs de Santé</p>	<p>3.1.b.1 Disponible 3.1.b.2 Disponible 3.1.b.3 Disponible 3.1.b.4 Disponible 3.1.b.5 Disponible 3.1.b.6 Disponible 3.1.b.7 Autorités sur place et personnel disponible 3.1.b.8 3.1.b.9 Disponible 3.1.b.10 Disponible</p>	<p>3.1.b.1 Besoin en formation et recyclage 3.1.b.2 Voir 3.1.b.1 et supervision des animateurs de santé 3.1.b.3 Rien 3.1.b.4 Nombre des laborantins insuffisant: formation du nouveau personnel 3.1.b.5 Besoin de recyclage 3.1.b.6 Voir 3.1.b.5 et supervision plus fréquente 3.1.b.7 Voir 3.1.b.5 et introduction des autorités à l'approche et la méthodologie 3.1.b.8 Voir 3.1.b.7 3.1.b.9 Rien 3.1.b.10 Rien</p>
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>3.1.c.1 Suivi de l'évolution de l'épidémie de choléra; 3.1.c.2 Garantir la prise en charge correcte des cas de choléra; 3.1.c.3 Assurer la détection précoce et la prise en charge</p>	<p>3.1.c.1 Agents de Santé, Epidémiologistes 3.1.c.2 Agents de Santé formés 3.1.c.3 Animateurs de Santé formés 3.1.c.4 Animateurs de Santé formés</p>	<p>3.1.c.1 Disponible 3.1.c.2 Disponible 3.1.c.3 Disponible 3.1.c.4 Voir 3.1.c.3</p>	<p>3.1.c.1 Formation et supervision requise 3.1.c.2 Voir 3.1.c.1 3.1.c.3 Plus d'attention aux connaissances des ménages</p>

correcte des cas au niveau de menage; 3.1.c.4 Continuation des activités de promotion de santé; 3.1.c.5 Garantir la collecte des données fiables et correctes et la transmission des rapports hebdomadaires aux autorités sanitaires; 3.1.c.6 Identification des besoins;	3.1.c.5 Agents de Santé 3.1.c.6 Autorités sanitaires, partenaires	3.1.c.5 Disponible 3.1.c.6 Personnel disponible, autorités sur place	3.1.c.4 Augmenter les activités de supervision par les FOSA 3.1.c.5 Rien 3.1.c.6 Rien
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.1.a.1 Préparation des cartes des zones à haut risque; 3.1.a.2 Assurer l'information du public en ce qui concerne l'utilisation et la préparation de l'eau potable et de la détection précoce des signes de choléra; 3.1.a.3 Formation des infirmiers sortants de l'école en détection précoce des signes de choléra et dans la prise en charge correcte des cas de choléra; 3.1.a.4 Garantir la disponibilité des quantités adéquates de SRO aux menages et pour les Animateurs de santé; 3.1.a.5 Garantir la disponibilité des quantités adéquates des antibiotiques et solutions de réhydratation au niveau communal; 3.1.a.6 Gestion des stocks d'urgence; 3.1.a.7 Identification des sites pour l'isolement des cas de choléra;	3.1.a.1 Equipement de cartographie; 3.1.a.2 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique; 3.1.a.3 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique; 3.1.a.4 Dépôts, système de gestion de stock d'urgence, moyens de transport; 3.1.a.5 Dépôts, système de gestion de stock d'urgence, moyens de transport; 3.1.a.6 Dépôts, système de gestion de stock d'urgence, moyens de transport; 3.1.a.7 Kits de Choléra (tentes, lits, chlore, médicaments, etc.)	3.1.a.1 Equipement pas disponible 3.1.a.2 Disponible 3.1.a.3 Disponible, mais doivent être adoptés officiellement 3.1.a.4 Dépôts insuffisants, système de gestion de stock d'urgence inexistant 3.1.a.5 Voir 3.1.a.4 3.1.a.6 Voir 3.1.a.4 3.1.a.7 Pas disponible	3.1.a.1 Mettre à la disposition l'équipement nécessaire 3.1.a.2 Fonds pour multiplication 3.1.a.3 Mettre à la disposition après adoption officielle 3.1.a.4 Fonds pour louer, stock d'urgence à prépositionner, développer le système de gestion de stock d'urgence 3.1.a.5 Voir 3.1.a.4 3.1.a.6 Voir 3.1.a.4 3.1.a.7 Développement du kits choléra standard et prépositionner
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.1.b.1 Assurer la détection des cas suspects; 3.1.b.2 Collecte des informations sur les cas et leurs contacts (visites à domicile); 3.1.b.3 Rapportage sans délai des cas suspects, probables et confirmés aux autorités de district et régionales; 3.1.b.4 Prise des dispositions pour confirmation de choléra; 3.1.b.5 Prise en charge appropriée (réhydratation, thérapie antibiotique et autres soins nécessaires); 3.1.b.6 Assurer la prise des mesures d'isolement; 3.1.b.7 Identification des groupes / communes vulnérables; 3.1.b.8 Assurer la disponibilité de ressources locales pour la lutte contre l'épidémie; 3.1.b.9 Analyse des données et identification des besoins; 3.1.b.10 Echange d'information technique de l'évolution de l'épidémie et assurer l'information du public en ce qui concerne les mesures à prendre par la population même;	3.1.b.1 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique; 3.1.b.2 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique; 3.1.b.3 Formulaire de notification des maladies d'alertes, moyens de communication; 3.1.b.4 Médias de transport des échantillons, laboratoire de référence, moyens de communication; 3.1.b.5 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique, médicaments, matériel médical; 3.1.b.6 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique; 3.1.b.7 Equipement de bureau; 3.1.b.8 Dépôts, système de gestion de stock d'urgence; 3.1.b.9 Equipement de bureau; 3.1.b.10 Equipement d'enregistrement et de transmission, hauts-parleurs,	3.1.b.1 Disponible 3.1.b.2 Formulaire existant, mais pas disponible 3.1.b.3 Formulaire disponibles, moyens de communication insuffisants 3.1.b.4 Média pas prépositionnés 3.1.b.5 Stock d'urgence connaît souvent ruptures 3.1.b.6 Voir 3.1.b.5 3.1.b.7 Disponible 3.1.b.8 Disponible 3.1.b.9 Equipement de bureau insuffisant 3.1.b.10 Equipement disponible dans quelques communes	3.1.b.1 Fonds pour diffusion 3.1.b.2 Fonds pour multiplication 3.1.b.3 Mettre en place le système de communication 3.1.b.4 Prépositionner les médias au bureau du district 3.1.b.5 Prépositionner le stock d'urgence 3.1.b.6 Voir 3.1.b.5 3.1.b.7 Rien 3.1.b.8 Rien 3.1.b.9 Augmenter l'équipement 3.1.b.10 Rendre disponible à toutes les communes

Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
<p>3.1.c.1 Suivi de l'évolution de l'épidémie de choléra;</p> <p>3.1.c.2 Garantir la prise en charge correcte des cas de choléra;</p> <p>3.1.c.3 Assurer la détection précoce et la prise en charge correcte des cas au niveau de ménage;</p> <p>3.1.c.4 Continuation des activités de promotion de santé;</p> <p>3.1.c.5 Garantir la collecte des données fiables et correctes et la transmission des rapports hebdomadaires aux autorités sanitaires;</p> <p>3.1.c.6 Identification des besoins;</p>	<p>curriculae et protocoles développés, matériel didactique;</p> <p>3.1.c.1 Equipement cartographique, équipement de bureau;</p> <p>3.1.c.2 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique;</p> <p>3.1.c.3 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique;</p> <p>3.1.c.4 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique;</p> <p>3.1.c.5 Curriculae et protocoles développés, matériel didactique, formulaires de collecte des données;</p> <p>3.1.c.6 Equipement de bureau, moyens de communication;</p>	<p>3.1.c.1 Quantité des formulaires insuffisante</p> <p>3.1.c.2 Disponible</p> <p>3.1.c.3 Disponible</p> <p>3.1.c.4 Disponible</p> <p>3.1.c.5 Disponible</p> <p>3.1.c.6 Disponible</p>	<p>3.1.c.1 Fonds pour multiplication</p> <p>3.1.c.2 Fonds pour multiplication</p> <p>3.1.c.3 Fonds pour multiplication</p> <p>3.1.c.4 Fonds pour multiplication</p> <p>3.1.c.5 Révision régulière des documents requis</p> <p>3.1.c.6 Rien</p>

NIVEAU PREFECTORAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>3.2.a.1 Investigation des cas suspects;</p> <p>3.2.a.2 Préparation des agents de santé dans la prise en charge correcte des cas;</p> <p>3.2.a.3 Garantir la disponibilité des ressources pour prendre les prélèvements pour confirmation;</p> <p>3.2.a.4 Garantir la disponibilité du stock d'urgence;</p> <p>3.2.a.5 Mise en place des liens de communication (de déplacement, radio, téléphone);</p> <p>3.2.a.6 Assurer la formation des nouveaux agents de santé;</p> <p>3.2.a.7 Analyse des données;</p> <p>3.2.a.8 Analyse de vulnérabilité pour identification des zones à haut risque;</p> <p>3.2.a.9 Développement des messages IEC appropriés sur l'hygiène, l'utilisation et préparation de l'eau potable, la détection des signes de choléra, réhydratation précoce;</p>	<p>3.2.a.1 Epidémiologistes, Superviseurs régionaux</p> <p>3.2.a.2 Superviseurs</p> <p>3.2.a.3 Agents de santé, laborantins</p> <p>3.2.a.4 Pharmacien, administrateur / gestionnaire</p> <p>3.2.a.5 Opérateurs radio/téléphone</p> <p>3.2.a.6 Formateurs</p> <p>3.2.a.7 Superviseurs/Epidémiologistes</p> <p>3.2.a.8 Autorités Sanitaires</p> <p>3.2.a.9 Experts en IEC;</p>	<p>3.2.a.1 Disponible, mais en nombre insuffisant</p> <p>3.2.a.2 Disponible</p> <p>3.2.a.3 Nombre insuffisant des laborantins</p> <p>3.2.a.4 Disponible</p> <p>3.2.a.5 Personnel de santé connaît l'utiliser</p> <p>3.2.a.6 Disponible</p> <p>3.2.a.7 Disponible</p> <p>3.2.a.8 Sur place</p> <p>3.2.a.9 Disponible</p>	<p>3.2.a.1 Augmenter le nombre des superviseurs et formation des médecins en Santé Publique</p> <p>3.2.a.2 Rien</p> <p>3.2.a.3 Rien</p> <p>3.2.a.4 Rien</p> <p>3.2.a.5 Rien</p> <p>3.2.a.6 Rien</p> <p>3.2.a.7 Rien</p> <p>3.2.a.8 Rien</p> <p>3.2.a.9 Mobilisation du personnel additionnel, si nécessaire</p>
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
<p>3.2.b.1 Collecte et transmission des échantillons pour confirmation des cas en laboratoire;</p> <p>3.2.b.2 Garantir la détection de la source de l'infection;</p> <p>3.2.b.3 Garantir la prise en charge correcte des cas, l'approvisionnement en eau potable et l'information du public sur l'hygiène personnelle et l'utilisation de l'eau</p>	<p>3.2.b.1 Laborantins</p> <p>3.2.b.2 Agents de Santé, Inspecteurs d'Hygiène</p> <p>3.2.b.3 Superviseurs</p> <p>3.2.b.4 Epidémiologiste</p> <p>3.2.b.5 Autorités sanitaires</p>	<p>3.2.b.1 Disponible, mais en nombre insuffisant</p> <p>3.2.b.2 Disponible</p> <p>3.2.b.3 Disponible</p> <p>3.2.b.4 Disponible au niveau central</p> <p>3.2.b.5 Disponible</p>	<p>3.2.b.1 Formation des nouveaux laborantins</p> <p>3.2.b.2 Rien</p> <p>3.2.b.3 Rien</p> <p>3.2.b.4 Mobilisation du personnel du niveau central</p>

potable; 3.2.b.4 Assurer la surveillance épidémiologique, l'analyse des données et l'investigation des zones à haute risque; 3.2.b.5 Identification des populations vulnérables; 3.2.b.6 Identification des besoins; 3.2.b.7 Gestion de stock d'urgence disponible; 3.2.b.8 Transmission des données épidémiologiques hebdomadairement aux autorités locales, régionales et nationales, et aux partenaires locaux;	3.2.b.6 Autorités sanitaires 3.2.b.7 Gestionnaires 3.2.b.8 Opérateurs radio/téléphone	3.2.b.6 Disponible 3.2.b.7 Personnel disponible, mais leur formation dans ce domaine insuffisante 3.2.b.8 Disponible	3.2.b.5 Rien 3.2.b.6 Rien 3.2.b.7 Formation des gestionnaires dans le système de gestion de stock d'urgence 3.2.b.8 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
3.2.c.1 Garantir la prise en charge correcte des cas et la détection précoce des nouveaux cas; 3.2.c.2 Garantir diffusion des messages IEC appropriés; 3.2.c.3 Garantir la gestion efficace de stock; 3.2.c.4 Assurer la surveillance épidémiologique, l'analyse des données et transmission des rapports hebdomadaires; 3.2.c.5 Identification des besoins; 3.2.c.6 Mobilisation des ressources;	3.2.c.1 Agents de Santé, Agents IEC 3.2.c.2 Expert IEC 3.2.c.3 Gestionnaires 3.2.c.4 Epidémiologist, Superviseur 3.2.c.5 Autorités sanitaires 3.2.c.6 Autorités sanitaires	3.2.c.1 Disponible, mais animateurs de santé insuffisamment supervisés 3.2.c.2 Disponible 3.2.c.3 Disponible 3.2.c.4 Disponible au niveau central 3.2.c.5 Disponible 3.2.c.6 Disponible	3.2.c.1 Organisation de la formation et la supervision des animateurs de santé, formation des agents de santé 3.2.c.2 Rien 3.2.c.3 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence 3.2.c.4 Mobilisation du personnel additionnel du niveau central 3.2.c.5 Rien 3.2.c.6 Rien
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.2.a.1 Investigation des cas suspects; 3.2.a.2 Préparation des agents de santé dans la prise en charge correcte des cas; 3.2.a.3 Garantir la disponibilité des ressources pour prendre les prélèvements pour confirmation; 3.2.a.4 Garantir la disponibilité du stock d'urgence; 3.2.a.5 Mise en place des liens de communication (de déplacement, radio, téléphone); 3.2.a.6 Assurer la formation des nouveaux agents de santé; 3.2.a.7 Analyse des données; 3.2.a.8 Analyse de vulnérabilité pour identification des zones à haut risque; 3.2.a.9 Développement des messages IEC appropriés sur l'hygiène, l'utilisation et préparation de l'eau potable, la détection des signes de choléra, réhydratation précoce;	3.2.a.1 Protocoles, matériel didactique; 3.2.a.2 Curriculae, protocoles développés, matériel didactique; 3.2.a.3 Curriculae, protocoles développés, matériel didactique; 3.2.a.4 Dépôts, système de gestion de stock d'urgence, équipement de bureau; 3.2.a.5 Systeme de radiophonie et téléphonique; 3.2.a.6 Curriculae, protocoles développés, matériel didactique; 3.2.a.7 Formulaire de collecte des données, équipement de bureau; 3.2.a.8 Equipement de bureau; 3.2.a.9 Matériel IEC, équipement d'enregistrement et de transmission;	3.2.a.1 Disponible 3.2.a.2 Voir 3.2.a.1 3.2.a.3 Voir 3.2.a.1 3.2.a.4 Système de gestion de stock d'urgence pas disponible 3.2.a.5 Equipement disponible, mais pas du MINISANTE 3.2.a.6 Existant 3.2.a.7 Disponible 3.2.a.8 Disponible 3.2.a.9 Disponible, mais insuffisant	3.2.a.1 Fonds pour multiplication 3.2.a.2 Voir 3.2.a.1 3.2.a.3 Voir 3.2.a.1 3.2.a.4 Développement du système de gestion de stock d'urgence 3.2.a.5 Utilisation des reseaux existants, mettre en place le système de communication du MINISANTE 3.2.a.6 Voir 3.2.a.1 3.2.a.7 Rien 3.2.a.8 Rien 3.2.a.9 Mobilisation ou achat d'équipement
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.2.b.1 Collecte et transmission des échantillons pour confirmation des cas en laboratoire; 3.2.b.2 Garantir la détection de la source de l'infection; 3.2.b.3 Garantir la prise en charge correcte des cas, l'approvisionnement en eau potable et l'information du public sur l'hygiène personnel et l'utilisation de l'eau	3.2.b.1 Médias pour transport des échantillons, réactifs et consommables de laboratoire; 3.2.b.2 Moyens de transport, kits de contrôle de la qualité d'eau; 3.2.b.3 Protocoles;	3.2.b.1 Disponible au niveau central 3.2.b.2 Disponible 3.2.b.3 Disponible 3.2.b.4 Disponible 3.2.b.5 Disponible 3.2.b.6 Disponible	3.2.b.1 Prépositionnement au niveau préfectoral 3.2.b.2 Rien 3.2.b.3 Rien 3.2.b.4 Rien 3.2.b.5 Rien

potable; 3.2.b.4 Assurer la surveillance épidémiologique, l'analyse des données et l'investigation des zones à haute risque; 3.2.b.5 Identification des populations vulnérables; 3.2.b.6 Identification des besoins; 3.2.b.7 Gestion de stock d'urgence disponible; 3.2.b.8 Transmission des données épidémiologiques hebdomadairement aux autorités locales, régionales et nationales, et aux partenaires locaux;	3.2.b.4 Formulaire de collecte des données, équipement de bureau, moyens de communication; 3.2.b.5 Équipement de bureau; 3.2.b.6 Équipement de bureau, moyens de communication; 3.2.b.7 Système de gestion de stock d'urgence, fourniture et équipement de bureau; 3.2.b.8 Équipement de communication;	3.2.b.7 Système de gestion de stock d'urgence pas disponible 3.2.b.8 Disponible dans quelques communes	3.2.b.6 Rien 3.2.b.7 Développement du système de gestion de stock d'urgence 3.2.b.8 Augmenter l'équipement
Activités Phase de réponse coordonnée	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.2.c.1 Garantir la prise en charge correcte des cas et la détection précoce des nouveaux cas; 3.2.c.2 Garantir diffusion des messages IEC appropriés; 3.2.c.3 Garantir la gestion efficace de stock; 3.2.c.4 Assurer la surveillance épidémiologique, l'analyse des données et transmission des rapports hebdomadaires; 3.2.c.5 Identification des besoins; 3.2.c.6 Mobilisation des ressources;	3.2.c.1 Médicaments, matériel médical, matériel IEC; 3.2.c.2 Matériel IEC, équipement d'enregistrement et de transmission; 3.2.c.3 Système de gestion de stock d'urgence, fourniture et équipement de bureau; 3.2.c.4 Formulaire de collecte des données, équipement de bureau, moyens de communication; 3.2.c.5 Équipement de bureau; 3.2.c.6 Équipement de bureau, réseau de communication local;	3.2.c.1 Stock d'urgence insuffisant et mauvaise gestion du stock 3.2.c.2 Disponible, mais fonds insuffisants 3.2.c.3 Voir 3.2.a.1 3.2.c.4 Moyens de communication insuffisants 3.2.c.5 Disponible 3.2.c.6 Disponible	3.2.c.1 Amélioration de la gestion et/ou développement du système de gestion de stock d'urgence 3.2.c.2 Fonds pour multiplication 3.2.c.3 Voir 3.2.c.1 3.2.c.4 Augmenter les moyens de communication disponibles, améliorer la gestion du charroi 3.2.c.5 Rien 3.2.c.6 Rien

NIVEAU CENTRAL

Activités Phase de préparation	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
3.3.a.1 Préparation du protocole, y compris un guide sur la détection précoce des signes de choléra, la prise en charge des cas de choléra, les investigations à mener pour détecter la source d'infection, les activités de promotion de santé à mener dans les cellules; 3.3.a.2 Assurer les dispositions nécessaires pour la confirmation des cas; 3.3.a.3 Analyse des données concernant l'approvisionnement d'eau et l'assainissement; 3.3.a.4 Identification des zones à haut risque; 3.3.a.5 Prépositionnement des ressources essentielles et assurer la gestion efficace du stock d'urgence; 3.3.a.6 Récolte des données épidémiologiques sur le choléra des pays voisins;	3.3.a.1 Epidémiologiste, Agents de Santé, Experts IEC, Inspecteurs d'Hygiène 3.3.a.2 Laborantins 3.3.a.3 Inspecteurs d'Hygiène 3.3.a.4 Epidémiologistes 3.3.a.5 Gestionnaires 3.3.a.6 Epidémiologiste	3.3.a.1 Disponible 3.3.a.2 Disponible 3.3.a.3 Disponible, mais collaboration intersectorielle requise 3.3.a.4 Disponible 3.3.a.5 Disponible 3.3.a.6 Disponible, mais système non-opérationnel	3.3.a.1 Rien 3.3.a.2 Rien 3.3.a.3 Renforcement/amélioration de la collaboration intersectorielle 3.3.a.4 Rien 3.3.a.5 Formation dans l'utilisation du système de gestion de stock d'urgence 3.3.a.6 Amélioration des mécanismes d'échange d'information
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
3.3.b.1 Assistance aux investigations sur le terrain;	3.3.b.1 Laborantins, Epidémiologistes	3.3.b.1 Disponible	3.3.b.1 Rien

3.3.b.2 Garantir la confirmation des cas et l'identification de la source de l'infection; 3.3.b.3 Déclaration officielle d'une épidémie après confirmation; 3.3.b.4 Notification des cas suspects et des cas confirmés de choléra à l'OMS; 3.3.b.5 Information régulière du public par les médias; 3.3.b.6 Evaluation des besoins pour la lutte contre l'épidémie; 3.3.b.7 Mobilisation des ressources essentielles;	3.3.b.2 Laborantins, Inspecteurs d'Hygiène 3.3.b.3 UGC 3.3.b.4 Epidémiologist 3.3.b.5 Experts IEC, Educateurs de Santé 3.3.b.6 UGC 3.3.b.7 UGC	3.3.b.2 Disponible 3.3.b.3 Disponible 3.3.b.4 Disponible 3.3.b.5 Disponible 3.3.b.6 Disponible 3.3.b.7 Disponible	3.3.b.2 Rien 3.3.b.3 Rien 3.3.b.4 Rien 3.3.b.5 Rien, sauf fonds pour utilisation des média 3.3.b.6 Rien 3.3.b.7 Rien
Activités Phase de réponse coordonnée	Capacités requises	Capacités disponibles	Différence et réponse
3.3.c.1 Assurer les investigations sur le terrain, le prélèvements des échantillons pour confirmation, et l'identification de la source de l'infection; 3.3.c.2 Assurer la prise en charge correcte, la détection précoce des cas et l'approvisionnement en eau potable; 3.3.c.3 Analyse des données et préparation des rapports; 3.3.c.4 Identification des besoins; 3.3.c.5 Mobilisation des ressources; 3.3.c.6 Garantir la gestion efficace des ressources disponibles; 3.3.c.7 Transmission des rapports hebdomadaires à l'OMS;	3.3.c.1 Epidémiologist, Laborantin, Inspecteur d'Hygiène 3.3.c.2 Superviseurs, Experts IEC 3.3.c.3 Epidémiologist 3.3.c.4 UGC 3.3.c.5 UGC 3.3.c.6 UGC, gestionnaires 3.3.c.7 Epidémiologist	3.3.c.1 Disponible 3.3.c.2 Disponible 3.3.c.3 Disponible 3.3.c.4 Disponible 3.3.c.5 Disponible 3.3.c.6 Disponible, sauf le système de gestion de stock d'urgence 3.3.c.7 Disponible	3.3.c.1 Rien 3.3.c.2 Rien 3.3.c.3 Rien 3.3.c.4 Rien 3.3.c.5 Rien 3.3.c.6 Développement du système de gestion de stock d'urgence 3.3.c.7 Rien
Activités Phase de préparation	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.3.a.1 Préparation du protocole, y compris un guide sur la détection précoce des signes de choléra, la prise en charge des cas de choléra, les investigations à mener pour détecter la source d'infection, les activités de promotion de santé à mener dans les cellules; 3.3.a.2 Assurer les dispositions nécessaires pour la confirmation des cas; 3.3.a.3 Analyse des données concernant l'approvisionnement d'eau et l'assainissement; 3.3.a.4 Identification des zones à haut risque; 3.3.a.5 Prépositionnement les ressources essentielles et assurer la gestion efficace du stock d'urgence; 3.3.a.6 Récolte des données épidémiologiques sur le choléra des pays voisins;	3.3.a.1 Equipement et fourniture de bureau, kits de contrôle de la qualité d'eau, matériel IEC développé; formulaires de collecte des données; 3.3.a.2 Médias pour transport des échantillons, laboratoire nationale de référence; 3.3.a.3 Kits de contrôle de la qualité d'eau, équipement de cartographie et de bureau, moyens de transport; 3.3.a.4 Formulaire de collecte des données, équipement et fourniture de bureau; 3.3.a.5 Système de gestion de stock d'urgence, fourniture et équipement de bureau; 3.3.a.6 Moyens de communication, journaux de référence;	3.3.a.1 Disponible 3.3.a.2 Disponible 3.3.a.3 Disponible 3.3.a.4 Disponible 3.3.a.5 Dépôts disponibles, stock d'urgence et le système de gestion inadéquat 3.3.a.6 Système non-opérationnel	3.3.a.1 Rien 3.3.a.2 Rien 3.3.a.3 Rien 3.3.a.4 Rien 3.3.a.5 Développement du système de gestion de stock d'urgence, prépositionnement du stock d'urgence 3.3.a.6 Remettre en oeuvre le système
Activités Phase réponse initiale/évaluation de base	Ressources requises	Ressources disponibles	Différence et réponse
3.3.b.1 Assistance aux investigations sur le terrain;	3.3.b.1 Moyens de transport,	3.3.b.1 Actuellement disponible, mais	3.3.b.1 Amélioration de la gestion du

<p>3.3.b.2 Garantir la confirmation des cas et l'identification de la source de l'infection; 3.3.b.3 Déclaration officielle d'une épidémie après confirmation; 3.3.b.4 Notification des cas suspects et des cas confirmés de choléra à l'OMS; 3.3.b.5 Information régulière du public par les médias; 3.3.b.6 Evaluation des besoins pour la lutte contre l'épidémie; 3.3.b.7 Mobilisation des ressources essentielles;</p>	<p>communication, équipement de laboratoire mobile; 3.3.b.2 Moyens de transport, communication, équipement de laboratoire mobile, kits de contrôle de la qualité d'eau; 3.3.b.3 Equipement de bureau, moyens de communication; 3.3.b.4 Moyens de communication; 3.3.b.5 Matériel IEC, équipement d'enregistrement et de transmission; 3.3.b.6 Equipement de bureau; 3.3.b.7 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication, médicaments, matériel et équipement médical;</p>	<p>temporaire 3.3.b.2 Voir 3.3.b.1 3.3.b.3 Disponible 3.3.b.4 Disponible 3.3.b.5 Disponible, mais fonds insuffisants 3.3.b.6 Disponible 3.3.b.7 Disponible, mais insuffisants</p>	<p>charroi, fonds pour louer 3.3.b.2 Voir 3.3.b.1 3.3.b.3 Rien 3.3.b.4 Rien 3.3.b.5 Mobilisation des fonds 3.3.b.6 Rien 3.3.b.7 Fonds pour mobilisation du stock d'urgence</p>
<p>Activités Phase de réponse coordonnée</p>	<p>Ressources requises</p>	<p>Ressources disponibles</p>	<p>Différence et réponse</p>
<p>3.3.c.1 Assurer les investigations sur le terrain, le prélèvements des échantillons pour confirmation, et l'identification de la source de l'infection; 3.3.c.2 Assurer la prise en charge correcte, la détection précoce des cas et l'approvisionnement en eau potable; 3.3.c.3 Analyse des données et préparation des rapports; 3.3.c.4 Identification des besoins; 3.3.c.5 Mobilisation des ressources; 3.3.c.6 Garantir la gestion efficace des ressources disponibles; 3.3.c.7 Transmission des rapports hebdomadaires à l'OMS;</p>	<p>3.3.c.2 Moyens de transport, communication, matériel et consommables de laboratoire; 3.3.c.3 Moyens de transport, guide de supervision, protocoles, kits de contrôle de la qualité d'eau; 3.3.c.4 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 3.3.c.5 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 3.3.c.6 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication; 3.3.c.7 Equipement et fourniture de bureau, système de gestion de stock d'urgence; 3.3.c.8 Equipement et fourniture de bureau, moyens de communication;</p>	<p>3.3.c.1 Disponible, mais temporaire 3.3.c.2 Disponible 3.3.c.3 Disponible 3.3.c.4 Disponible 3.3.c.5 Disponible 3.3.c.6 Système de gestion de stock non disponible 3.3.c.7 Disponible</p>	<p>3.3.c.1 Fonds pour louer 3.3.c.2 Rien 3.3.c.3 Rien 3.3.c.4 Rien 3.3.c.5 Rien 3.3.c.6 Développement du système de gestion de stock d'urgence 3.3.c.7 Rien</p>