



Rapport sur les catastrophes
dans le monde 2022

The background of the cover features a photograph of a woman wearing a floral-patterned face mask, looking towards the camera. She is holding a young child who is looking down. The entire image has a purple color overlay.

CONFIANCE, ÉQUITÉ ET ACTION LOCALE

Tirer les enseignements de la pandémie de
Covid-19 pour éviter la prochaine crise mondiale

+CIFRC

RAPPORT SUR LES CATASTROPHES
DANS LE MONDE 2022
CONFIANCE, ÉQUITÉ ET ACTION LOCALE

Tirer les enseignements de la pandémie de
Covid-19 pour éviter la prochaine crise mondiale

© Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, 2023

Toutes les parties de cette publication peuvent être citées, copiées, traduites dans d'autres langues ou adaptées aux besoins locaux sans un accord préalable de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, à condition que la source soit clairement indiquée.

ISBN: 978-2-9701675-2-5

URL: <https://www.ifrc.org/fr/document/rapport-sur-les-catastrophes-dans-monde-2022>

Photo de couverture : Madagascar, 2020. Rasoanirina Edouard rentre chez elle après avoir reçu l'argent que la Croix-Rouge malagasy lui a versé au titre de son programme d'aide financière. © iAko Randrianarivelo/IFRC

Contactez-nous

Toute demande de reproduction à des fins commerciales doit être adressée directement au Secrétariat de la Fédération internationale :

Adresse : Chemin des Crêts 17, Petit-Saconnex, 1209 Genève, Suisse

Adresse postale : Case postale 303, 1211 Genève 19, Suisse

T +41 (0)22 730 42 22 | **F** +41 (0)22 730 42 00 | **C** secretariat@ifrc.org | **W** [ifrc.org](https://www.ifrc.org)

La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge désire exprimer sa gratitude aux partenaires suivants pour le soutien qu'ils ont apporté à cette publication, laquelle a en outre été en partie financée par les fonds reçus par la Fédération internationale au titre de la lutte contre le Covid-19.



Ministry for Foreign
Affairs of Finland



Australian Government
Department of Foreign Affairs and Trade



Federal Ministry
for Economic Cooperation
and Development

Remerciements

La Fédération internationale remercie les nombreuses personnes qui ont investi un temps et des efforts considérables à chaque étape de l'élaboration du *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2022*.

Responsables de projet : Kirsten Hagon (responsable principale), David Fisher et Danielle Larrabee (tous de la Fédération internationale)

Auteur principal : Michael Marshall

Contributrice : Rachel Amy Macleod (Fédération internationale) – Chapitre 6 : La loi et les urgences de santé publique

Éditrice principale : Danielle Larrabee (Fédération internationale)

Assistante de projet : Begümhan Şimşir (Fédération internationale)

Conception et mise en page : Hadley Kincade, Philippe Boisson et Carole Maroun

Rédactrice en cheffe : Rebecca Hills

Analystes des données : Julien Chatellier, Dan Walton

Médias et communication : Léa Salwan, Melis Figanmeşe et Shani Bannister (Fédération internationale)

Traduction de la version française : Mercedes Neal et Cathia Zeoli

Relecture de la version française : Florence Marot (Fédération internationale)

Équipe de direction : Nelson Castano, Xavier Castellanos, David Fisher, Caroline Holt, Petra Khoury, Frank Mohrhauer (tous de la Fédération internationale)

Groupe consultatif externe

La Fédération internationale et les auteurs remercient les membres du groupe consultatif externe du *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2022* pour leurs conseils stratégiques sur les orientations et le contenu du rapport. Nombre d'entre eux ont formulé des commentaires détaillés et riches d'observations sur les projets de chapitres :

Tammam Aloudat (Médecins sans frontières), Eid E. Azar (Saint George Hospital University Medical Center), Veronica Bell (Croix-Rouge australienne), Shawky Amine Eddine (Croix-Rouge libanaise), Lily Gardner (Croix-Rouge australienne), Fran Girling-Morris (Development Initiatives), Marc Gordon (UNDRR), Ilona Kickbusch (IHEID), Jemilah Mahmood (Sunway University), Butch Meily (Philippines Disaster Resilience Foundation), Heather Pagano (CICR), Faiza Rab (Société canadienne de la Croix-Rouge), Kwang Rim (OMS), Emma Ross (Chatham House), Nahoko Shindo (OMS), Paul Spiegel (John Hopkins), Mahmoud Tharwat (Croissant-Rouge égyptien), Mike VanRooyen (Harvard Medical School) et Alice Wimmer (OMS).

Groupe consultatif technique

La Fédération internationale remercie les personnes suivantes pour leurs importantes contributions et leur soutien, notamment à la rédaction des sections, leurs conseils sur les contenus et les sources, leurs révisions des recherches et des chapitres clés (certains ayant révisé plusieurs versions) et beaucoup plus encore :

Ombretta Baggio, Wbeimar Alejandro Sanchez Bustamante, Gwendolen Eamer, David Fisher, Justin Ginnetti, Rachel Goodermote, Isabelle Granger et Maya Schaerer (tous de la Fédération internationale).

Contributeurs et soutiens

La Fédération internationale remercie les personnes suivantes qui ont apporté leur précieuse contribution et leur soutien au rapport, notamment en rédigeant des études de cas et des encadrés et en révisant certaines sections :

Asmaa Samir Abbas Mohamed (Fédération internationale), Nur Hayati Ahmad (Fédération internationale), Rania Alerksoussi (Fédération internationale), Ayham Alomari (Société canadienne de la Croix-Rouge), Malak Atkeh (Fédération internationale), Ghulam Muhammad Awan (Fédération internationale), Thierry Balloy (Fédération internationale), Susana Arroyo Barrantes (Fédération internationale), Laura Bastianetto (Croix-Rouge italienne), Suzanne Bernard (Fédération internationale), Anna Bowen (Fédération internationale), Hanna Butler (Fédération internationale), Luke Caley (Fédération internationale), Ruben Cano (Fédération internationale), William Carter (Fédération internationale), Richard Casagrande (Fédération internationale), Michael Charles (Fédération internationale), Chang Hun Choe (Fédération internationale), Alexandre Claudon de Vernisy (Fédération internationale), Walter Cotte (Fédération internationale), Adelaide Davis (Fédération internationale), Dorien Irene Dolman (Fédération internationale), Olga Dzhumaeva (Fédération internationale), Hosam Faysal (Fédération internationale), Gefra Fulane (Fédération internationale), Fred Fulton (Fédération internationale), Gantsetseg Gantulga (Fédération internationale), Elias Ghanem (Fédération internationale), Katie Greenwood (Fédération internationale), Andra Gulei (Croix-Rouge britannique), Caroline Holt (Fédération internationale), Maryann Horne (Croix-Rouge britannique), Ariel Kestens (Fédération internationale), Alka Kapoor Sharma (Fédération internationale), Mercy Laker (Fédération internationale), Maria Victoria Langman (Fédération internationale), Heather Marie Leson (Fédération internationale), Necephor Mghendi (Fédération internationale), Simon Missiri (Fédération internationale), Danger Nhlabatsi (Croix-Rouge du Swaziland), Carrie Nielsen (Fédération internationale), Zeade Leonard Nioule (Fédération internationale), Klaus Nørskov (Croix-Rouge danoise), Diana Ongiti (Fédération internationale), Diana Oviedo (Fédération internationale), Jason Peat (Fédération internationale), Nora Peter (Fédération internationale), Bhanu Pratap (Fédération internationale), Rachel Punitha (Fédération internationale), Ahmed Ragaey (Croissant-Rouge égyptien), Elkhan Rahimov (Fédération internationale), Udaya Kumar Regmi (Fédération internationale), Daniel Alfredo Rejas Untiveros (Fédération internationale), John Roche (Fédération internationale), Mey El Sayegh (Fédération internationale), Ivar Schram (Fédération internationale), Sharonya Sekhar (Société canadienne de la Croix-Rouge), Ezekiel Simperingham (Fédération internationale), Marjorie Sotofranco (Fédération internationale), Coree Steadman (Fédération internationale), Molefi Takalo (Croix-Rouge sud-africaine), Papemoussa Tall (Fédération internationale), Gabrielle Taylor (Croix-Rouge britannique), Charlotte Tocchio (Fédération internationale), Bhupinder Tomar (Fédération internationale), Adesh Tripathee (Fédération internationale), Annkatrin Tritschoks (Croix-Rouge allemande), Stephen Wainwright (Fédération internationale), Sanjula Weerasinghe (Fédération internationale).

Acronymes

Accélérateur ACT	dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le Covid-19 (Accélérateur ACT)
ADPIC (accord sur les)	Accord de l'OMC sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce
CBHFA	Santé et premiers secours communautaires (équipe du Croissant-Rouge Arabe syrien)
CEPI	Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies
COVAX	Programme pour l'accès mondial aux vaccins contre le Covid-19
COVID-19	Maladie à coronavirus
CP3	Programme de préparation communautaire aux épidémies et aux pandémies
CRAF'd	Fonds d'analyse des risques complexes des Nations Unies
CICR	Comité international de la Croix-Rouge
DEEP	Plateforme pour la saisie et l'exploration des données
DG ECHO	Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne
DREF	Fonds d'urgence pour l'intervention en cas de catastrophe
EC DRMKC	Centre des connaissances en matière de gestion des risques de catastrophe
ECPHAO	Protection civile et opérations d'aide humanitaire européennes
EM-DAT	Base de données sur les situations d'urgence
EPI	Équipement de protection individuelle
ESSN	Aide sociale d'urgence
EVCA	Évaluation améliorée de la vulnérabilité et des capacités
FAO	Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture
FbA	Action fondée sur les prévisions
Fédération internationale	Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge
FDRS	Base de données et système de compte rendu à l'échelle de la Fédération
FIND	Fondation pour des diagnostics innovants
GAVI	Alliance mondiale du vaccin
GDPC	Centre mondial de préparation aux catastrophes
GIEC	Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat
IASC	Comité permanent interorganisations
IAVG	Groupe indépendant pour l'attribution des vaccins
IDS	Institut des études en développement

IPBES	Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques
IPPPR	Panel indépendant pour la préparation et la réponse aux pandémies
IRC	International Rescue Committee
ITPC	Coalition internationale pour l'accès aux traitements et la préparation
MERS	Syndrome respiratoire du Moyen-Orient
MSF	Médecins Sans Frontières
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODD	Objectifs de développement durable
OHHLEP	Groupe d'experts à haut niveau sur l'approche « Une seule santé »
OMC	Organisation mondiale du commerce
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAC	Protocole d'alerte commun
PER	Préparation à une intervention efficace
PIB	Produit intérieur brut
PPP	Partenariat programmatique pilote
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
RCCE	Communication sur les risques et engagement communautaire
RCIC	The Red Cross Independent College
RCSC	Société de la Croix-Rouge chinoise
REAP	Partenariat pour des actions rapides prises en connaissance des risques
RSI	Règlement sanitaire international
SARS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SARS-CoV-2	Coronavirus responsable du Covid-19
SBC	Surveillance à base communautaire
UN DESA	Département des affaires économiques et sociales des Nations Unies
UN OCHA	Bureau de la coordination des affaires humanitaires des Nations Unies
UN OCHA FTS	Service de suivi financier de l'UN OCHA
UN OHCHR	Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme
UN OHRLS	Bureau du Haut Représentant des Nations unies pour les pays les moins avancés, les pays en développement sans littoral et les petits États insulaires en développement
UNDRR	Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
US EPA	Agence de protection de l'environnement des États-Unis
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
WHO SAGEI	Groupe consultatif stratégique d'experts en vaccination de l'OMS

AVANT-PROPOS



Au moment de la rédaction de ce Rapport sur les catastrophes dans le monde 2022, la pandémie de Covid-19 avait fait des ravages considérables sur les vies, la santé et le bien-être social et économique de chaque nation dans le monde.

Cette crise – la maladie elle-même, ses répercussions en chaîne et les mesures prises pour y faire face – a engendré une hausse du chômage et de la pauvreté, une augmentation de l'insécurité alimentaire et une plus grande vulnérabilité face à la violence ; elle a aussi porté préjudice à l'éducation des jeunes et amenuisé les possibilités qui s'offrent à eux. Outre les contraintes supplémentaires qu'elle fait peser sur les services publics, elle a exacerbé les problèmes de santé mentale et coûté à l'économie mondiale des millions de milliards de dollars É.U.

Nous pouvons désormais affirmer sans hésiter que tout cela aurait pu en grande partie être évité. Si le SARS-CoV-2 est un nouveau virus présentant de nouveaux défis, d'innombrables mesures et approches courantes auraient néanmoins pu atténuer les conséquences de la pandémie. Les gouvernements, notamment, auraient pu réaliser des investissements bien plus importants dans la préparation aux situations d'urgence au niveau communautaire.

Si nous savons cela, c'est parce que depuis plus d'un siècle, nous accompagnons les gouvernements et les communautés dans la prévention, la préparation, la riposte et le relèvement en cas de catastrophe et de flambée de maladies telles que le VIH/SIDA, la maladie à virus Zika, la maladie à virus Ebola, le SARS, la rougeole et le choléra.

De même que le Conseil mondial de suivi de la préparation et d'autres experts en santé renommés, nous avons tiré la sonnette d'alarme dès 2018 : la probabilité d'une pandémie majeure était élevée et nous n'y étions pas préparés. Pourtant, il a fallu la pandémie de Covid-19 pour que le monde comprenne les conséquences d'erreurs passées et pour constater que la solidarité constituait une riposte de santé publique bien plus solide que la concurrence.

Depuis le début de la pandémie, la Fédération internationale, ses 192 Sociétés nationales membres et ses 15 millions de volontaires aident les gens partout dans le monde à survivre et à s'adapter à la pandémie, mais aussi au-delà, tout en continuant de mener des interventions face aux nombreuses autres catastrophes et crises concomitantes.

À ce jour, nous avons touché plus d'1,2 milliard de personnes, auxquelles nous avons apporté des services de santé, des informations, de l'alimentation et des espèces afin de prévenir la transmission du Covid-19 et de faire ralentir la pandémie, tout cela en garantissant que nos volontaires et notre personnel disposent des outils et du soutien nécessaires pour aider leurs communautés sans mettre en péril leur sécurité ni leur santé physique et mentale.

Pour être sûrs de ne pas répéter les mêmes erreurs, nous devons intégrer les enseignements cruciaux de cette pandémie dans les lois, politiques, budgets et mesures nationaux.

Le *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2022* constitue une contribution à cet effort et demande instamment d'augmenter les investissements dans la préparation aux niveaux national et local, à savoir, dans des mesures permettant de prévenir et de déceler rapidement les flambées futures ainsi que d'autres chocs et crises, et d'y répondre au plus vite.

Le Rapport souligne l'importance d'une préparation fondée sur les principes de l'équité, de la confiance et de l'action locale.

La confiance, parce que les mesures de riposte à la pandémie, telles que les vaccins, les informations de santé publique et les mesures d'isolement, ne seront acceptées que s'il existe un climat de confiance.

L'équité, parce que les pandémies, qui se nourrissent des inégalités et les aggravent, ne peuvent être contrôlées tant que l'accès aux services et aux produits essentiels, dont les vaccins, n'est pas garanti par la loi et traduit par des mesures pratiques.

L'action locale enfin, parce que les pandémies commencent et s'éteignent dans les communautés et parce que les gouvernements doivent tirer parti de l'action locale et la soutenir pour renforcer la résilience, la confiance et la flexibilité des systèmes de santé.

Plus important encore, le Rapport recommande plusieurs approches pratiques et programmes qui montrent comment mettre en œuvre ces principes au travers de mesures de prévention et de préparation communautaires, du renforcement des systèmes de santé communautaire, de la protection et du soutien aux intervenants de première ligne, de la préparation juridique et d'une meilleure utilisation des données locales.

Nous avons une occasion historique de renforcer la préparation aux flambées de maladies au cours des prochaines années en confiant un rôle central aux communautés. Nous tous – les gouvernements, la communauté internationale et nos partenaires – avons un rôle essentiel à jouer pour garantir que ces occasions ne soient pas manquées. Le réseau de la Fédération internationale s'engage, conformément à son mandat, à se tenir aux côtés des gouvernements et des communautés pour soutenir ce processus en droit et en action.



Jagan Chapagain
Secrétaire général de la Fédération internationale





Bangladesh 2021 Noriko Tomabechi est l'ancienne représentante et responsable de projets de la Société de la Croix-Rouge du Japon au Bangladesh. « La pandémie de Covid-19 a été une crise de plus pour nous tous, et elle a rendu la vie dans le camp encore plus difficile. Quatre ans après, les conditions de vie dans le camp sont toujours rudes et beaucoup de problèmes restent à régler. Malgré les multiples crises, les gens montrent chaque jour leur résilience. »

© Ibrahim Mollik / IFRC

Table des matières

Résumé	2-17
Introduction	18-25

1.

Prévention et préparation

Dans un monde multi-aléas, nous devons prévenir ce que nous pouvons et nous préparer à tout le reste

26–67

2.

Mobilisation des communautés et des acteurs locaux

L'intégration des communautés et des acteurs locaux dans les systèmes peut contribuer à renforcer la préparation des sociétés

68–101

3.

Solidarité mondiale

Améliorer l'accès aux produits et aux services de riposte aux pandémies

102–133

4.

Inégalités socioéconomiques

Renforcer les systèmes de protection sociale des communautés

134–163

5.

Utilisation des données à l'appui des communautés

La collecte et l'analyse des données doivent être strictement axées sur les besoins définis par les communautés

164–193

7.

Perspectives d'avenir

Conclusion et recommandations

216–227

6.

Lois relatives aux urgences de santé publique

Les lois et les politiques constituent le fondement d'une riposte efficace à une urgence de santé publique

194–215

8.

Tendances en matière de catastrophes

Ce que les données nous apprennent

228–263

Méthodologie

264–270



Madagascar 2020 Dans les zones reculées de Madagascar, le manque d'informations a entravé l'accès aux services de santé de base. La Croix-Rouge malagasy a soutenu le ministère de la Santé dans ses activités de sensibilisation, y compris en conduisant des visites à domicile (comme chez Zanamijay Jeanne en photo) et en organisant des groupes de discussion et des séances avec les dirigeants locaux. © iAko Randrianarivelo/IFRC

RÉSUMÉ

TIRER LES ENSEIGNEMENTS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19 POUR MIEUX GÉRER LES CATASTROPHES FUTURES

La pandémie de Covid-19 : une catastrophe sans équivalent récent

La pandémie de Covid-19 constitue, presque à tous égards, la plus grande catastrophe dont on se souvienne. Il est confirmé que plus de 6,5 millions de personnes en sont décédées en moins de trois ans – soit, selon les estimations les plus prudentes, 1 personne sur 1 000 (WHO, non daté) –, un ordre de grandeur plus important que tous les tremblements de terre, sécheresses ou ouragans enregistrés. Des secteurs d'activité et des pans entiers de l'économie ont été ravagés, et selon le Fonds monétaire international, le coût de la pandémie sur l'économie mondiale s'élèvera à 13 800 milliards de dollars É.U. d'ici à la fin de 2024 (Gopinath, 2022). Quant aux impacts socioéconomiques, ils sont également énormes.

Autre fait marquant, la pandémie a entraîné des répercussions indirectes sur pratiquement toutes les communautés de la planète. Aucune catastrophe des dernières décennies n'a eu de conséquences d'une telle ampleur. Cela signifie qu'à présent, tout le monde a été exposé d'une manière ou d'une autre à un épisode de gestion – ou de mauvaise gestion – d'une catastrophe, puisque nous avons tous subi la pandémie et ses conséquences.

Figure E.1 : nombre de décès dus au Covid-19 (de 2020 à aujourd'hui) comparé aux catastrophes les plus graves du 21^e siècle à ce jour



Source : EM-DAT, non daté; WHO, non daté; ReliefWeb, non daté; Dawood et al, 2012.

Toutefois, tout le monde n'a pas souffert de la même manière. Dans de nombreux cas, la pandémie a aggravé les inégalités et la méfiance existantes, tant à l'intérieur des pays qu'entre ceux-ci. Malheureusement, il est arrivé que les mesures sanitaires prises à des fins de riposte aient eu des effets similaires, surtout lorsqu'elles négligeaient ou entravaient l'action locale et communautaire, plutôt que de la mettre à profit pour améliorer la préparation.

Nous n'étions pas préparés et cela doit changer

Ce rapport examine en particulier la question de la préparation, d'une part pour montrer en quoi elle était inadaptée avant la survenue du Covid-19, et d'autre part pour indiquer comment aborder plus efficacement les futures urgences de santé publique, auxquelles nous devons impérativement préparer nos sociétés dès à présent. Outre la phase précédant l'arrivée d'une urgence, la préparation englobe également les phases de riposte et de relèvement. Être véritablement préparé signifie donc être prêt à intervenir, à se relever et à tirer des enseignements pour la prochaine fois. Autrement dit, il s'agit d'un processus continu, ou permanent.

De nombreux pays n'étaient pas préparés pour faire face au Covid-19. Certains ne disposaient pas de plan adapté à une épidémie d'une telle dimension. D'autres avaient laissé des éléments clés de leur préparation se dégrader, par exemple en réduisant le nombre de lits de réserve des hôpitaux pour des raisons d'efficacité, sapant la capacité des systèmes de soins de santé de gérer le déferlement de patients atteints du Covid-19. Surtout, de nombreux pays n'avaient pas investi suffisamment dans la préparation au niveau local et n'ont pas été en mesure d'en tirer profit lorsqu'elle existait. Les pays qui ont le mieux réussi à lutter contre la propagation du Covid-19 avaient mis en place des systèmes de soins de santé résilients et des filets de sécurité sociale, en plus de tirer les enseignements de précédentes flambées de maladie à coronavirus tels que le SARS, en 2003. Certes, ces pays ont dû malgré tout s'adapter et certains aspects de la pandémie ont été difficiles pour eux aussi, mais contrairement aux autres, ils disposaient d'une marge de manœuvre.

Au moment de la rédaction de ce rapport, tous les pays restent cependant dangereusement mal préparés en cas de flambée future de maladie. La pandémie de Covid-19 a révélé au monde l'importance de la préparation. Pourtant, aucun pays n'est prêt à affronter une autre urgence de santé publique. Par exemple, *l'Indice de sécurité sanitaire mondiale* de 2021 montre qu'aucun des 195 pays dont la préparation aux urgences sanitaires a été analysée au regard de six indicateurs, y compris la détection, la riposte et les normes sociétales, n'est prêt à faire face à de futures épidémies et pandémies ([Bell & Nuzzo, 2021](#)), aucun n'ayant atteint un score supérieur à 80 sur 100. Pire encore, la moyenne mondiale est de 38,9 à peine, soit presque exactement le même score que lors de l'évaluation de 2019, preuve qu'il n'y a pas eu de réelle amélioration dans la préparation aux urgences sanitaires.

Tout processus solide de préparation doit prendre en compte différents aléas et non se limiter à un seul. L'un des faits les plus surprenants de cette pandémie a été que de nombreux pays apparemment bien préparés aux flambées de maladies ont éprouvé des difficultés à lutter contre le coronavirus. Or, la préparation dépasse le cadre des maladies ; en effet, si une société est bien préparée aux épidémies mais qu'elle néglige la préparation aux phénomènes météorologiques extrêmes, elle sera vulnérable face à un ouragan, par exemple. Les sociétés ne pourront devenir résilientes que si elles élaborent des cadres de gestion des catastrophes qui intègrent de nombreux types d'aléas pouvant se produire simultanément.

Nous devons commencer à nous préparer dès à présent, car notre monde est de plus en plus exposé aux aléas. En 2021, 378 catastrophes ont été enregistrées, sans compter les flambées de maladies, soit un chiffre supérieur à la moyenne de 20 ans, qui était de 337 catastrophes par an. De nombreux pays ont dû faire face à des aléas tels que des ouragans et des inondations tout en gérant la pandémie. L'augmentation des aléas est en grande partie due à la multiplication des catastrophes climatiques et météorologiques. Parallèlement, le 21^e siècle connaît une vague d'épidémies, dont le Covid-19 n'est qu'un épisode, même si c'est le plus important. Dans ce monde de plus en plus exposé aux aléas, un effort mondial doit être fourni pour aider les communautés à se préparer aux catastrophes, afin d'alléger le fardeau des souffrances et de la mortalité.



Italie 2020 Une ambulance de la Croix-Rouge italienne à Florence. © Michele Squillantini

Confiance, équité et action locale sont les clés de la préparation

La préparation n'est efficace que si elle se fonde sur la confiance, l'équité et l'action locale.

Dans le sillage de la pandémie de Covid-19, nombre de rapports et d'analyses ont souligné l'importance de la préparation pour faire face aux flambées futures de maladies et aux catastrophes en général (voir Introduction). Cependant, l'examen de ces évaluations mondiales (par ex. : [Sachs et al, 2022](#) ; [IPPPR, 2021](#)) et les leçons tirées par la Fédération internationale en interne (par ex. : [Johnston, 2022](#) ; [IFRC, 2021](#)) montrent que les recommandations formulées dans ces documents négligent fortement trois facteurs clés de la préparation, pourtant essentiels à sa réussite : la **confiance, l'équité et l'action locale**. Tout au long de ce rapport, nous reviendrons largement sur l'importance de ces trois facteurs, qui constituent le fil rouge de nos recommandations. La pandémie de Covid-19, de même que notre longue expérience acquise au travers d'autres crises, nous enseignent que négliger ces facteurs engendre d'énormes coûts sociaux, économiques, physiques et mentaux.

CONFIANCE *La préparation consiste à bâtir la confiance, l'un des facteurs qui prédisent le mieux de la réussite d'une intervention face à une situation d'urgence.* À tous les stades du processus de gestion d'une catastrophe, et surtout avant une situation d'urgence, il est crucial de renforcer la confiance au sein des communautés et des sociétés, comme l'a abondamment illustré la pandémie de Covid-19. Lorsque la population faisait confiance aux messages de santé publique, elle acceptait de respecter les mesures sanitaires pour ralentir la propagation de la maladie et sauver des vies, même si parfois ces mesures ont eu pour conséquence de séparer des familles pendant plusieurs mois (voir chapitre 2). Pareillement, s'il a été possible de vacciner des millions de personnes en un temps record, c'est parce que la plupart d'entre elles se fiaient aux vaccins, considérés comme sûrs et efficaces, ou du moins préférables à toute autre solution. Mais le contraire est également vrai : lorsque la confiance est fragile ou absente, la santé publique devient un enjeu politique et individuel. S'il y a une chose que nous avons apprise ces dernières années, c'est que la pandémie s'est nourrie des tensions politiques, économiques et personnelles tout en les alimentant, ce qui a affaibli notre capacité de réaction. Le même processus est à l'œuvre lorsque des populations – en particulier les personnes vulnérables telles que les migrants sans papiers – n'acceptent de confier leurs données à caractère personnel aux acteurs humanitaires que si elles estiment que celles-ci seront traitées de façon responsable.

ÉQUITÉ *Les programmes de préparation doivent comporter des mesures visant à renforcer l'équité, car les urgences de santé publique se nourrissent des inégalités existantes et les aggravent.*

Les aléas majeurs, tels que les flambées de maladies et les phénomènes météorologiques extrêmes, ont des impacts très inégaux, les personnes déjà pauvres, défavorisées ou vulnérables étant les plus touchées. À cela s'ajoutent souvent des cadres de préparation inéquitables, inaptes à porter assistance aux personnes qui en ont le plus besoin. Or, lors d'une pandémie, ce manque d'équité est préjudiciable, car tant que la maladie se propage dans un pan de la population, elle peut toujours revenir sous une forme plus contagieuse ou dangereuse. Il nuit aussi à la société si certains groupes doivent subir seuls les conséquences à long terme d'une catastrophe. Lorsqu'une société n'aide pas tous ses membres, cela signifie qu'elle n'est pas réellement préparée. Il est donc essentiel de renforcer les programmes de protection sociale, de favoriser l'inclusion et de garantir une couverture sanitaire universelle.

ACTION LOCALE ET COMMUNAUTAIRE *La préparation doit être locale, l'action au niveau communautaire étant une composante essentielle de toute intervention efficace contre un aléa.* Surveillance des maladies, mise à disposition d'abris en cas de tremblement de terre... les acteurs locaux, en première ligne, sont bien placés pour faire la différence (voir chapitre 2). Les volontaires des Sociétés nationales, par exemple, créent des ponts entre les autorités et les communautés ; ils occupent une position idéale pour observer les processus de prise de décision à tous les niveaux. L'action locale s'appuie sur les connaissances collectives et les actions d'une communauté. Par exemple, les gens connaissent souvent leurs voisins et savent lesquels sont les plus vulnérables. Établir des liens étroits avec les communautés permet aussi aux intervenants de connaître leurs véritables souhaits et besoins, et de comprendre leurs freins à l'adoption de mesures sanitaires telles que la vaccination. Inversement, une action descendante dictée par les gouvernements sans interaction avec les communautés peut ne pas atteindre les groupes marginalisés ou ne pas répondre aux besoins spécifiques de chaque communauté. Cette situation est fatale, car les maladies se propagent au niveau des maillons les plus faibles de la chaîne ; c'est pourquoi, en l'absence de surveillance à base communautaire, elles touchent toujours plus de personnes. L'action locale, en revanche, tire profit des liens de confiance tissés avec les entreprises, les organisations et les communautés locales. L'expérience de la Fédération internationale dans le domaine de la mobilisation communautaire et de la redevabilité (CEA) illustre à quel point il est vital de travailler au niveau local. De même, durant la pandémie, ce sont souvent les interventions à base communautaire qui ont été les plus efficaces.

En adoptant les principes de confiance, d'équité et d'action locale, la société sera mieux à même de gérer les futures flambées de maladies et autres aléas. Dans les chapitres qui suivent, nous détaillerons six actions clés qui contribuent toutes à renforcer la préparation, à savoir :

- 1. Renforcer la prévention et la préparation au niveau local.** Notre expérience montre que les pays davantage préparés aux flambées de maladies ont mieux géré la pandémie de Covid-19. Nous avons également été témoins de pays se débattant avec plusieurs urgences concomitantes, parfois avec succès.
- 2. Tirer profit des rôles et des capacités des communautés et des acteurs locaux grâce à des systèmes de santé communautaire intégrés.** De nombreux pays n'ont pas exploité pleinement les capacités des acteurs locaux tels que les agents de santé communautaire, ce qui a entravé la riposte contre le Covid-19. Cela s'explique par le fait que ces acteurs ne bénéficiaient pas du soutien du système de santé global ou n'y étaient pas intégrés. De même, les communautés n'ayant pas été suffisamment associées à la conception des programmes, les interventions ne répondaient pas nécessairement à leurs besoins.
- 3. Mettre sur pied des mécanismes de solidarité mondiale** pour garantir que les produits de riposte contre la pandémie, tels que les vaccins, atteignent toutes les communautés, nombre d'entre elles n'ayant pas disposé d'un accès suffisant à ces produits. Cette situation traduit en partie un échec de la distribution internationale et en partie le manque de capacités des programmes nationaux en matière de mobilisation communautaire et de logistique, par exemple. Elle a été exacerbée par une incapacité persistante à fournir davantage de financements humanitaires directement aux acteurs locaux.

- 4. Protéger les communautés des répercussions socioéconomiques des urgences de santé publique.** De nombreux gouvernements ont rapidement renforcé leurs systèmes de protection sociale afin de couvrir davantage de personnes et d'offrir une assistance plus efficace et plus rapide, souvent sous la forme de transferts monétaires. Cependant, beaucoup considèrent désormais qu'il s'agissait là de mesures provisoires et révisent leurs efforts à la baisse, laissant à nouveau les gens sans protection. De plus, quantité d'obstacles empêchent les communautés d'accéder aux services essentiels.
- 5. Recueillir des données locales et les utiliser pour prendre des mesures.** En ce qui concerne la collecte, l'analyse et l'utilisation des données, la pandémie s'est révélée être à la fois un triomphe et un échec. Les données épidémiologiques « traditionnelles », telles que le génotypage des virus, ont été recueillies et diffusées à une vitesse remarquable. Cependant, la pandémie a également été marquée par une incapacité constante à recueillir davantage de données économiques et sociales de meilleure qualité, qui permettraient de mieux comprendre les croyances, les besoins, les vulnérabilités et les capacités des personnes.
- 6. Renforcer la préparation juridique aux urgences de santé publique.** Les cadres juridiques créent un environnement propice pour toutes les autres actions. Cependant, dans de nombreux pays, les lois relatives aux urgences de santé publique étaient dépassées, inadaptées ou en décalage avec les autres cadres d'urgence. Des lacunes existaient également au niveau international, ce qui a contribué au désordre des interventions menées dans de nombreux pays. Nos lois relatives aux urgences de santé publique doivent être révisées et mises à jour pour une gestion plus efficace des futures flambées de maladies.

Sur la base de ces constats, nous avons élaboré un ensemble de recommandations globales.



Bangladesh 2021 À l'hôpital du Satkhira Medical College, un volontaire du Croissant-Rouge du Bangladesh vient en aide à Subbir Hossain, un patient souffrant d'insuffisance respiratoire suspecté d'être atteint du Covid-19. © Mir Hossen Roney

Les conséquences de mauvaises décisions et des recommandations pour y remédier

Les constats et les recommandations présentés dans ce rapport apportent des réponses à ce que nous considérons être des lacunes dans la riposte au Covid-19 à ce jour. De plus, alors qu'à l'Assemblée mondiale de la santé s'ouvrent les négociations sur le Règlement sanitaire international (RSI) et sur un nouvel accord applicable aux pandémies, et au regard des orientations prises par certaines autorités nationales, nous considérons qu'il y a lieu d'être préoccupé. Si l'on ne se penche pas sur ces questions, elles nous amèneront soit à répéter les erreurs du passé, soit à aggraver les inégalités et les tensions existantes.

Dans les prochaines sections, nous exposerons les principaux écueils liés à la confiance, à l'équité et à l'action locale, ainsi que des recommandations pour les surmonter. Enfin, nous présenterons trois objectifs mesurables pour les trois prochaines années.

Confiance

Les mesures de contrôle social descendantes, comme les confinements et les passes vaccinaux, lorsqu'elles sont mises en œuvre sans confiance et sans transparence, **conduisent souvent à la polarisation et créent une résistance aux mesures de santé publique.**

De plus, **la confiance ne se bâtit pas uniquement en multipliant les campagnes de communication et en contrant la désinformation. Ces mesures pourraient même être contre-productives** dans des situations de troubles politiques et sociaux, ou de discrimination.

La confiance se crée uniquement au travers de :

- **la proximité** – les gens font confiance à des personnes qu'ils connaissent, comme les acteurs locaux ;
- **l'éducation** – les gens font confiance à ce qu'ils comprennent, grâce à des programmes d'éducation à la santé ;
- **l'écoute** – les gens font confiance aux personnes qui les écoutent et agissent en fonction de leurs préoccupations, comme les spécialistes formés en engagement communautaire qui recueillent et analysent les voix des communautés ;
- **l'accès aux services** – les gens font confiance aux personnes qui répondent à leurs besoins, notamment leurs besoins en santé de base et en protection sociale ;
- **l'appropriation** – les gens font confiance aux mesures qu'ils s'approprient et pour lesquelles ils ont été consultés.

Point tout aussi important, **bâtir la confiance est un processus qui ne peut attendre la prochaine crise.**

Nous exhortons les gouvernements à promouvoir :



l'appropriation des plans de préparation d'urgence par les communautés – concevoir, mettre en œuvre et évaluer des plans de préparation **pansociétaux et pangouvernementaux**, qui tirent parti des capacités et des connaissances des acteurs et des communautés locaux afin de prévenir, déceler et combattre rapidement les flambées de maladies et les urgences de santé publique ;



l'écoute active des communautés et l'engagement communautaire – créer ou développer à plus grande échelle des **mécanismes de retours d'expérience des communautés pertinents et bilatéraux** qui permettent d'enregistrer les préoccupations, les besoins et les propositions des communautés, de les recueillir et de les analyser afin d'adapter les mesures de santé publique lorsque cela est possible et nécessaire ;



l'accès aux services et aux programmes éducatifs grâce à des systèmes de santé communautaire plus robustes – investir dans des **systèmes de santé communautaire** ou les renforcer. Ces systèmes doivent englober tous les acteurs, infrastructures et services promouvant la santé communautaire, de la fourniture d'informations et de services à la préparation aux situations d'urgences, en passant par des programmes ciblant les déterminants de la santé, notamment les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement et les activités de santé mentale et de soutien psychosocial, qui nécessitent un appui solide.

Équité

Se concentrer sur l'offre de produits de riposte à la pandémie sans s'occuper de la demande compromet l'accès à ces produits et leur utilisation par les pays et communautés, en particulier les plus vulnérables et difficiles à atteindre.

La communauté internationale et les autorités nationales devraient promouvoir :



les capacités nationales de distribution de produits de riposte à la pandémie, y compris en s'appuyant sur les acteurs locaux – investir dans la capacité des pays d'entreposer, de transporter et de distribuer ces produits au travers de meilleurs financements, de formations, d'informations préalables et des lois/politiques nécessaires pour faciliter le transport des produits d'un lieu à l'autre et leur distribution. Les contributions des acteurs locaux à ce processus sont essentielles du fait de leur accès aux zones isolées et marginalisées et aux zones touchées par des conflits ;



des financements humanitaires plus souples et prévisibles – lorsque les capacités des gouvernements doivent être complétées par les organisations humanitaires internationales ou par des acteurs locaux reconnus, il convient de réformer les financements humanitaires afin de les rendre plus équitables, prévisibles, souples et accessibles aux acteurs locaux ;



la confiance des communautés et leur intérêt pour les produits de riposte à la pandémie – investir dans des activités de mobilisation communautaire utiles afin de promouvoir l'utilisation de ces produits par les communautés. Ces programmes devraient être complétés par des informations transparentes concernant le calendrier, la méthode et les lieux de distribution, ainsi que sur le choix des produits ;



une répartition équitable et juste des indemnités et des risques de responsabilité, y compris pour les organisations humanitaires, ainsi que des limites à la durée d'exemption d'assurance accordée aux fabricants concernant l'indemnisation et la responsabilité liées aux nouveaux produits ;



l'élaboration et la production de produits de riposte à la pandémie moins coûteux, plus faciles à entreposer et à administrer, et tout aussi efficaces – ces produits sont essentiels pour les pays dépourvus de la capacité d'acheter, d'entreposer ou d'administrer des produits plus coûteux et complexes.

Limiter les débats concernant l'équité à la question de l'accès équitable aux produits de riposte aux pandémies dénote un manque de vision globale. Il existe quantité d'autres mesures importantes et concrètes susceptibles de lever les inégalités en matière de préparation aux pandémies en s'attaquant aux moteurs des flambées de maladie et à l'hétérogénéité de leurs impacts.

La communauté internationale et les autorités nationales devraient promouvoir :



un accès équitable à l'information. Cela inclut l'obligation, pour les pays, de créer des systèmes d'alerte rapide/action précoce pour leur population ;



un accès équitable aux services de santé et de protection sociale du pays. À cet effet, il est impératif de garantir les droits aux contre-mesures sanitaires de base et aux filets de sécurité sociale, quel que soit le statut juridique des personnes ; renforcer les systèmes de protection sociale avant la survenue d'une crise, notamment au moyen d'évaluations conjointes de la vulnérabilité ; et renforcer l'accès local aux services de santé en s'appuyant sur les systèmes de santé communautaire ;



un accès à l'aide humanitaire équitable et fondé sur les besoins. À cet effet, il faudrait moins recourir aux financements humanitaires affectés pour pouvoir fournir à tout moment une aide plus souple, fondée sur les besoins, dans plusieurs pays. Une telle souplesse est essentielle compte tenu des variations considérables dans l'évolution des flambées de maladies ;



la mise en avant de la prévention multi-aléas (primaire, secondaire et tertiaire) et de la préparation. Cette approche contribuera à atténuer ou éviter les conséquences des épidémies et des pandémies sur les personnes les plus vulnérables. Elle permettra aussi de se préparer à la possibilité de crises et de chocs cumulés, comme des crises économiques ou sociales, les phénomènes météorologiques et climatiques et les conflits.

Action locale

Si la gestion des urgences de santé publique incombera toujours au premier chef aux autorités nationales, **les approches trop centralisées et médicalisées de la prévention des pandémies, de la préparation et de la riposte ne permettent pas de prendre en compte toute la complexité que la gestion des situations d'urgence présente au niveau local.** Cette complexité se manifeste par une variété de facteurs de risque et de moteurs des maladies ; les répercussions sociales, économiques et physiques/mentales imprévisibles de ces dernières ; et l'attitude des gens face aux mesures et aux risques de santé publique.

De plus, **ne pas inclure les autres acteurs et ne pas tirer parti des connaissances et des capacités locales ni les soutenir peut rapidement conduire à une surcharge dans les services et les systèmes publics.**

Dans ce domaine, les autorités nationales peuvent :



reconnaître les acteurs locaux établis et formés et les intégrer dans les systèmes nationaux de santé et d'urgence, qui couvrent la conception, la mise en œuvre et le suivi des **plans nationaux multi-aléas de préparation aux situations d'urgence et des cadres juridiques** ; et reconnaître leurs **contributions au renforcement des systèmes de santé, en particulier des systèmes de santé communautaire** (dans ce cas, nous faisons référence aux approches telles que le transfert de tâches non médicales mais liées à la santé aux acteurs locaux formés) ;



accorder aux acteurs locaux formés et établis les protections et les facilités juridiques dont ils auront besoin pour réaliser leurs tâches, à savoir, un accès prioritaire aux équipements de protection individuelle (EPI) et aux produits de riposte à la pandémie ; des exemptions aux règles sur le déplacement des biens et des intervenants, en leur qualité de garants de la santé publique ; et le soutien financier, la formation et la supervision dont ils ont besoin pour atteindre le niveau requis de qualité, de vie et de sécurité ;



œuvrer avec les communautés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des **plans nationaux de préparation aux situations d'urgence** à des fins de prévention, d'intervention précoce et de riposte.

Objectifs mesurables pour les trois prochaines années

La prochaine pandémie pourrait être imminente : après l'expérience du Covid-19, il faut absolument accélérer nos efforts en matière de préparation.

1

D'ici à 2023, tous les pays devraient avoir mis à jour leurs **plans de préparation aux pandémies et avoir passé en revue la législation connexe afin d'y déceler les mises à jour éventuellement requises.**

- Les plans devraient prévoir des mesures concrètes de renforcement de l'équité, de la confiance et de l'action locale.
-
- Les examens législatifs devraient également se pencher, entre autres, sur la nécessité d'adopter une approche globale de la riposte aux crises et de définir clairement les rôles et les responsabilités ; les besoins des acteurs locaux établis en équipements de protection individuelle ; et la nécessité de les exempter de façon appropriée des restrictions de mouvement.
-

2

D'ici à 2024, les pays devraient avoir **adopté un nouveau traité et révisé le Règlement sanitaire international**, lequel énoncera des obligations concrètes et mesurables pour :

- renforcer l'équité et la confiance ;
-
- promouvoir une meilleure gouvernance juridique nationale et internationale des pandémies ;
-
- investir dans la gamme de services et de contributions que peuvent fournir les acteurs locaux établis et/ou les communautés, et les soutenir.
-

3

D'ici à 2025, **les budgets destinés à la santé nationale devraient avoir augmenté de 1 % du PIB du pays, et ceux destinés à la santé mondiale d'au moins 15 milliards de dollars É.U. par an** ([G20, 2021](#) ; [WHO, 2019](#)).

- Une proportion bien plus importante encore des financements mondiaux destinés à la santé publique et aux actions humanitaires doit également être dirigée vers le **niveau local et communautaire**.
-
- Les financements mondiaux doivent être **plus prévisibles et souples**, pour permettre des actions plus efficaces et fondées sur les besoins.
-

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Bell, J. A. & Nuzzo, J. B. (2021) *Global Health Security Index: Advancing Collective Action and Accountability Amid Global Crisis*. https://www.ghsindex.org/wp-content/uploads/2021/12/2021_GHSIndexFullReport_Final.pdf

Dawood, F. S. et al (2012) "Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modelling study." *The Lancet Infectious Diseases*, 12 (9): 687–95. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(12\)70121-4](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(12)70121-4)

EM-DAT (no date) <https://emdat.be/>

Gopinath, G. (2022) "A Disrupted Global Recovery." IMF Blog. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

G20 (2021) *A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*. <https://pandemic-financing.org/report/>

IFRC (International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies) (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

Johnston, A. (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. Fédération internationale. Available on request.

ReliefWeb (no date) "South Asia: Earthquake and Tsunami - Dec 2004 (TS-2004-000147-IDN)." <https://reliefweb.int/disaster/ts-2004-000147-idn>

Sachs, J. D. et al (2022) "The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic." *The Lancet Commissions*, 400(10359), 1224-1280. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

WHO (2019) "Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps." <https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

WHO (World Health Organization) (no date) "WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard." <https://covid19.who.int/>



Inde 2021 Les gens respectent les normes de distanciation physique tandis qu'ils font la queue le long d'un sentier vallonné à Mahabaleshwar pour recevoir leur dose de vaccin contre le Covid-19 dans un hôpital de campagne. En coordination avec l'administration du district, la Croix-Rouge a mis en place deux centres institutionnels de quarantaine dans l'État. © Pankaj Nangia

INTRODUCTION

LA PIRE CATASTROPHE DEPUIS PLUS DE 70 ANS

L'humanité vit avec le Covid-19 depuis décembre 2019, date à laquelle le nouveau coronavirus SARS-CoV-2 a été détecté pour la première fois. Son impact sur les vies, la santé à long terme et l'économie est dévastateur.

En octobre 2022, plus de 618 millions de cas de la maladie avaient été signalés et le nombre de décès confirmé s'élevait à 6,5 millions ([WHO, non daté](#)). En réalité, les chiffres sont probablement plus élevés, mais on ignore encore dans quelle mesure. Le nombre de décès officiel pour 2020 était d'un peu plus de 1,8 million, mais certaines estimations qui intègrent les cas probablement non signalés évoquent 3 millions ([WHO, 2022](#)). La population mondiale actuelle étant de huit milliards d'habitants ([UN DESA, 2022a](#)), il est clair qu'**environ une personne sur 1 000 est décédée**. Une étude examinant l'impact de la pandémie de Covid-19 sur l'espérance de vie dans 20 pays, publiée en octobre 2022, conclut que cette crise constitue « le choc de mortalité mondiale le plus grave depuis la Deuxième Guerre mondiale » ([Schöley et al, 2022](#)).

La pandémie de Covid-19 a également eu pour répercussions de ravager les industries et des pans entiers de l'économie, et d'aggraver les inégalités socioéconomiques. La Banque mondiale indique qu'en 2020, « l'activité économique s'est contractée dans 90 % des pays, l'économie mondiale a régressé d'environ 3 % et la pauvreté mondiale a augmenté pour la première fois en une génération » ([World Bank, 2022](#)). En janvier 2021, l'économie de presque tous les pays était en récession ([Jones et al, 2021](#)). Selon les estimations du Fonds monétaire international, la pandémie coûtera 13 800 milliards de dollars É.U. à l'économie mondiale d'ici à la fin de 2024 ([Gopinath, 2022](#)). Les impacts économiques ont été les plus marqués dans les économies émergentes et parmi les populations désavantagées. En conséquence, les inégalités ont augmenté au sein même des pays, mais également entre pays ([World Bank, 2022](#)).

Par ailleurs, la pandémie a eu des répercussions sur bien d'autres aspects de la société. Le secteur de l'éducation a été perturbé, les écoles ayant été fermées de nombreux mois durant. La violence contre les femmes et les enfants a augmenté. La santé mentale de nombreuses personnes a été mise à mal et l'isolement social s'est répandu. Parmi ces effets par ricochet figure également le retardement de la réalisation des Objectifs de développement durable (ODD) ([UN DESA, 2022b](#)).

Les effets de la pandémie ont aggravé — ou ont été aggravés par — quantité d'autres aléas. Depuis l'apparition du Covid-19, les ouragans, les sécheresses et les autres menaces, ainsi que les conflits, se sont poursuivis sans relâche. Ces aléas ont souvent été éclipsés par la pandémie. En 2020, la tempête Alex a causé des inondations extrêmes dans la région méditerranéenne ([BBC News, 2020](#)), tandis qu'une invasion de criquets ravageait les cultures en Afrique de l'Est, dans la péninsule arabe et dans le sous-continent indien ([FAO, non daté](#)). L'ouragan Grace a frappé le Mexique en août 2021 ([Reinhart et al, 2022](#)), suivi quelques semaines plus tard par l'ouragan Ida, qui a causé un glissement de terrain en Louisiane, causant des dégâts que seul l'ouragan Katrina de 2005 avait surpassés ([Beven et al, 2022](#)). Le 15 janvier 2022, le volcan Hunga Tonga-Hunga Ha'apai est entré en éruption explosive dans le Royaume des Tonga, causant d'importants dégâts et déclenchant des tsunamis à travers tout le Pacifique ([BBC News, 2022](#)).

Par conséquent, les communautés se sont souvent retrouvées à devoir répondre à une situation d'urgence tout en gérant la menace permanente du coronavirus. Les crises multiples qui se chevauchent causent davantage de dommages. Par exemple, elles accentuent la pression sur les services publics, notamment les systèmes de santé. Durant la pandémie, les intervenants de première ligne n'ont souvent pas pu atteindre certaines régions en raison des mesures de restriction des mouvements. Il est également fréquent que les gens dépensent leurs économies pour se relever du premier choc et qu'il ne leur reste plus rien lorsque d'autres chocs surviennent. Les catastrophes telles que les inondations créent des conditions insalubres propices à la propagation des agents pathogènes. Le Covid-19 a été une catastrophe exceptionnelle, mais c'était aussi une catastrophe parmi tant d'autres.

Ce qui n'a pas marché : examen des rapports précédents

La pandémie de Covid-19 a eu lieu au 21^e siècle, dans une société mondialisée disposant d'un accès aux ressources qui était pratiquement inconcevable il y a un siècle, lors de la survenue de la pandémie de grippe de 1918. Malgré toutes nos connaissances, technologies et richesses, l'humanité n'était pas prête pour réagir assez rapidement ou efficacement face à une telle urgence de santé publique. Nous n'étions pas prêts non plus à gérer les multiples crises simultanées qui ont aggravé les impacts de la pandémie.

Nombre de rapports se penchent sur notre réponse face au Covid-19 et sur les effets de notre préparation (ou manque de préparation) aux flambées de maladies. Ces études offrent une quantité précieuse d'informations sur la façon dont les gouvernements et la communauté internationale se sont préparés aux urgences sanitaires, tant dans les pays où la préparation s'est révélée efficace que dans ceux où elle était incomplète ou mal ciblée. Il existe également quantité de données sur le fonctionnement de nos systèmes de santé et d'autres services publics durant la pandémie. Dans cette section, nous passons en revue certains des principaux rapports et leurs conclusions. Dans la section suivante, nous expliquons en quoi notre *Rapport 2022 sur les catastrophes dans le monde* se démarque des autres rapports.

La Commission *Lancet* sur le Covid-19 fournit dans son rapport de septembre 2022 un aperçu remarquable des enseignements tirés de la pandémie ([Sachs et al., 2022](#)). Concernant le nombre de décès, elle évoque « un échec mondial massif » et illustre en dix exemples la faillite de la coopération internationale. Parmi ceux-ci figure l'échec de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international de 2005 (RSI). Bon nombre des manquements de la réponse sont apparus dès le début de la pandémie et ont été marqués par la lenteur ou le retard des actions menées.

Dans un rapport majeur, le panel indépendant pour la préparation et la réponse aux pandémies de l'OMS (IPPPR) soulève les mêmes points ([IPPPR, 2021](#)). Le panel examine également les premières phases de la pandémie et avance que le départ de la flambée aurait pu être maîtrisé rapidement, si une série d'erreurs n'avaient pas été commises. Tout d'abord, les nombreuses alertes annonçant que le monde serait confronté à une pandémie n'ont pas été prises au sérieux. La préparation n'était pas suffisamment financée et les pays n'ont pas effectué assez de tests de résistance. Deuxièmement, lorsque la flambée initiale de Covid-19 a été repérée et déclarée en tant qu'urgence de santé publique de portée internationale, trop de pays ont adopté une approche attentiste, au lieu d'agir rapidement pour contenir le virus et prévenir la pandémie. Troisièmement, la place laissée aux tensions internationales a nui au leadership mondial. Quatrièmement,

les fonds dédiés à la riposte sont arrivés trop lentement et de nombreux pays ont connu des pénuries de matériel essentiel tel que les kits de tests de diagnostic. Enfin, en raison de l'incapacité d'adopter une approche à l'échelle de l'ensemble de la société, la pandémie a aggravé les inégalités : des impacts disproportionnés ont touché les femmes, les populations vulnérables et marginalisées telles que les migrants et les réfugiés, et les enfants, dont l'éducation a été perturbée, voire définitivement interrompue.

Le thème du manque de préparation a été étudié plus en détail dans des rapports successifs du Conseil mondial de suivi de la préparation (GPMB). Son rapport de 2019, publié quelques mois à peine avant la détection de la flambée de Covid-19, avertissait d'un « risque aigu d'épidémie ou de pandémie dévastatrice » (GPMB, 2019). L'année suivante, le GPMB concluait que la pandémie de Covid-19 avait « révélé un échec collectif à prendre au sérieux la prévention, la préparation et la riposte aux pandémies ». L'un des principaux constats est que nous n'avons pas réussi à comprendre pleinement ce qu'est la préparation. La preuve en est que des indicateurs de préparation largement utilisés, tels que le Global Health Security Index (indice de sécurité sanitaire mondiale), n'ont pas pu prédire la capacité des pays de contrôler, en définitive, la propagation du virus, ce qui démontre la faiblesse de leur conception (GPMB, 2020). Enfin, dans son dernier rapport, le GPMB désigne le système international défaillant comme un facteur majeur d'aggravation de la pandémie (GPMB, 2021). Cependant, il est moins prolix concernant l'action locale et communautaire.

L'un des piliers centraux de la préparation réside dans la préparation juridique. Les lois et les politiques sous-tendent chaque aspect de la prévention, de la préparation, de la riposte et du relèvement en cas d'urgence, notamment en attribuant des responsabilités aux acteurs clés. Ces lois et politiques doivent être régulièrement révisées et mises à jour. Deux rapports de 2021 montrent en quoi la préparation juridique, dans le cadre du Covid-19, était limitée.

Un comité de l'Organisation mondiale de la Santé s'est penché sur la question du respect du RSI (2005), où sont énoncées les responsabilités des pays dans les situations d'urgence (WHO, 2021). Il constate que de nombreuses nations ne s'étaient pas pleinement acquittées de ces responsabilités, ce qui a contribué à faire de la flambée de Covid-19 une pandémie. Il soutient en outre que la responsabilité de la mise en œuvre du RSI doit être attribuée aux niveaux les plus élevés du gouvernement et qu'un « mécanisme de redevabilité robuste » doit être mis en place. Le rapport fait également état de défaillances spécifiques dans les systèmes d'alerte et les interventions précoces et plaide pour des financements plus prévisibles et durables.

La Fédération internationale a quant à elle abordé ces questions sous un autre angle qui consistait à passer en revue plus de 130 lois d'urgence distinctes dans le monde (IFRC, 2021). Son équipe de spécialistes en lois sur les catastrophes a montré que pour régir les situations d'urgence sanitaire, de nombreux pays s'appuyaient sur des lois et des politiques très obsolètes. Certaines n'ont pas été modifiées depuis la fin du 19^e siècle ou le début du 20^e siècle, et ne couvrent que certaines maladies spécifiques, ou ne comportent pas de dispositions relatives aux technologies et aux sociétés modernes. D'autres ne sont pas assez complètes pour régir une pandémie complexe telle que celle de Covid-19 ou étaient en contradiction avec d'autres cadres applicables aux situations d'urgence. De nombreux pays ont donc dû voter hâtivement de nouvelles lois, ce qui a entraîné des erreurs et des omissions graves.

En raison de notre manque global de préparation, les effets de la pandémie de Covid-19, particulièrement graves et étendus, ne se limitent pas à la santé, mais touchent également la sphère socioéconomique. En particulier, la pandémie a amplifié les inégalités et ce sont les personnes exclues ou marginalisées qui en ont subi les conséquences les plus graves.

Ces éléments ont été mis en lumière par un rapport des Nations Unies sur l'impact de la pandémie sur l'égalité de genre ([Azcona et al, 2020](#)). Concernant les femmes, le rapport évoque, preuves à l'appui, l'augmentation de l'extrême pauvreté, les pertes d'emploi, des effets néfastes sur la santé, l'accroissement de la charge de soin non rémunérée et l'augmentation du risque de violence. Le *Rapport 2022 sur les catastrophes dans le monde* s'appuie sur ces éléments en rassemblant des preuves sur les multiples répercussions socioéconomiques de la pandémie sur différents groupes.

Pareillement, le rapport du Bureau international du travail, intitulé *Rapport mondial sur la protection sociale 2020-22*, décrit les nombreuses lacunes et inégalités qui caractérisent les prestations de protection sociale. Il montre qu'en 2020, seulement 46,9 % de la population mondiale bénéficiait effectivement d'au moins une prestation de protection sociale ([ILO, 2021](#)).

Les organisations humanitaires, qui ont tenté d'atténuer les effets de la pandémie, ont été confrontées à un défi de taille. Un rapport corédigé par l'International Rescue Committee et Development Initiatives indique que les financements et les comptes rendus étaient insuffisants ([IRC and Development Initiatives, 2021](#)). Development Initiatives indique de son côté que la somme totale des financements internationaux destinés à l'aide humanitaire a fortement baissé depuis 2018, malgré une augmentation aiguë des besoins depuis 2020, due au Covid-19 ([Development Initiatives, 2022](#)).

Les enseignements tirés de la crise du Covid-19 reprennent et développent ceux tirés des épidémies récentes de maladie à virus Zika ou de maladie à virus Ebola, par exemple. Dans le cas de la maladie à virus Zika, la réussite des interventions a exigé un soutien en santé mentale et psychosocial intense et complexe ; une communication très soignée sur les risques en matière de santé sexuelle et reproductive ; ainsi qu'une approche locale intense des soins et du soutien, en particulier pour les femmes enceintes. Par exemple, Cuba a tiré parti de la participation active de la communauté pour maîtriser la flambée ([Castro et al, 2017](#)). Quant à la pandémie de maladie à virus Ebola, elle a mis en lumière l'importance de la recherche des cas contacts, de la communication sur les risques, et des inhumations sûres et dignes réalisées par des acteurs locaux. Elle a également illustré le risque d'approches militaires descendantes du contrôle des épidémies dans une zone auparavant touchée par un conflit, ce qui a entraîné des réactions hostiles et de la violence. Un examen de 2020 des flambées de maladie à virus Ebola en Afrique soulignait combien il est important de tenir compte des facteurs socioéconomiques et culturels si l'on veut que des progrès se réalisent ([Rugarabamu et al, 2020](#)).

Dans la pandémie de Covid-19, ces éléments ont été amplifiés et complexifiés par la dimension mondiale de l'urgence, ainsi que par les nombreuses restrictions sur les mouvements. Néanmoins, les enseignements sont les mêmes et les acteurs tels que le réseau de la Fédération internationale ont évolué dans leur façon de comprendre les principaux enseignements. Le problème réside dans un manque de mémoire institutionnelle et systémique à l'échelle mondiale : les enseignements n'ont pas été transmis assez largement ou n'ont pas été suivis d'action. La crise de la pandémie offre également l'occasion d'apprendre et d'évoluer ; la question est de savoir si nous le ferons.

Enfin, d'autres rapports replacent le Covid-19 dans le contexte plus large de la réduction des risques de catastrophe et du développement durable ([World Bank, 2021](#)). La Plateforme intergouvernementale scientifique et politique sur la biodiversité et les services écosystémiques avance que la pandémie a mis en évidence « les interconnexions fondamentales entre santé humaine, biodiversité et changements

climatiques » (IPBES, 2020). Dans le même ordre d'idée, les Nations Unies ont publié un rapport d'évaluation sur la réduction des risques de catastrophe qui insiste sur la nature systémique des risques (UNDRR, 2022). L'édition précédente de notre *Rapport sur les catastrophes dans le monde* (IFRC, 2020) et, plus récemment, le sixième rapport du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (IPCC, 2022) attirent l'attention sur les menaces toujours plus nombreuses que posent les changements climatiques. Les activités de préparation aux futures urgences sanitaires doivent impérativement être intégrées dans les actions que nous menons pour améliorer le développement durable, comme énoncé dans les ODD (UN DESA, 2022b).

Les sujets absents du débat

Les analyses de la Fédération internationale sur la pandémie et sur la préparation aux pandémies concordent largement avec ces rapports. La riposte contre le Covid-19 a en effet été entravée par :

- un manque de capacités de préparation aux urgences de santé publique ;
- des défaillances dans les systèmes de santé ;
- l'absence de préparation aux conséquences socioéconomiques d'une urgence de santé publique ;
- les échecs de la coopération multilatérale, en particulier concernant la mise au point, la production et la distribution de produits de riposte à la pandémie.

Cependant, certains aspects essentiels de la préparation n'ont pas reçu une attention suffisante. C'est pourquoi nous leur accordons une place de choix dans la présente édition 2022 du *Rapport sur les catastrophes dans le monde*, où nous nous penchons en particulier sur la nécessité de se doter de **systèmes de préparation locaux** efficaces et inclusifs afin de prévenir et de déceler les urgences sanitaires et d'y répondre.

Si beaucoup a été déjà dit sur le manque de préparation au niveau national, peu d'analyses s'intéressent de façon systématique à la dimension locale et communautaire de la préparation, à savoir, l'importance de tirer parti des compétences, des connaissances et des préoccupations locales dans la création des systèmes de préparation nationaux et mondiaux. En tant qu'organisation humanitaire née dans le sillage de la pandémie de grippe de 1918, ayant une présence mondiale et une portée locale dans 192 pays, la Fédération internationale a estimé qu'il était nécessaire de tenir compte de cette dimension.

Les éléments clés d'une préparation efficace

Comme lors d'autres crises précédentes, celle du Covid-19 a démontré qu'une préparation efficace, qui comprend la préparation communautaire, repose sur la **confiance**, l'**équité** et l'**action locale**. D'abord, la confiance est le fondement de toute intervention réussie, à tous les niveaux de la société, du respect individuel des mesures de santé publique aux systèmes de financement international. La bonne nouvelle, c'est que la confiance peut être renforcée par des systèmes de préparation efficaces et inclusifs. De plus, une préparation véritablement efficace peut lever les inégalités en renforçant les protections, les mécanismes de coordination et l'accès aux services des personnes le plus souvent laissées de côté. L'action locale garantit d'une part que les communautés disposent de services de santé accessibles et de qualité

qu'elles comprennent et auxquelles elles font confiance, et d'autre part qu'elles sont pleinement associées aux activités de préparation et d'intervention. Le volet intervention inclut la capacité de coconcevoir des mesures sanitaires et de fournir des retours d'informations auxquels il est donné suite.

Si ces concepts ne sont pas tout à fait écartés des débats politiques, certains aspects essentiels en sont absents. L'accent ne porte pas assez sur les éléments nécessaires pour renforcer la confiance, c'est-à-dire non pas des campagnes de communication supplémentaires de la part des systèmes de santé et des gouvernements, mais une conversation authentique avec les communautés. Les débats sur l'équité ciblent trop étroitement l'accès aux vaccins et à d'autres produits de riposte aux pandémies, négligeant de ce fait l'accès aux autres services tels que la protection sociale. Enfin, les rôles clés que les acteurs locaux peuvent assumer lors d'urgences sanitaires et les formes de soutien dont ils ont besoin à cet effet ne sont pas assez bien compris.

Si certains pays ont commencé à réexaminer leurs cadres juridiques et politiques en vue de la prévention, de la préparation et de la riposte en cas de pandémie, beaucoup devraient faire de même pour faire en sorte que l'expérience du Covid-19 — et d'autres catastrophes — ne se reproduise plus jamais. Le présent rapport présente les recommandations de la Fédération internationale concernant ces processus, en s'appuyant sur les voix et les expériences de plus de 15 millions de volontaires de Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des communautés dans lesquelles ils vivent et avec lesquelles ils travaillent.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Azcona G et al (2020) *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

BBC News (2020) *Storm Alex: Floods and landslides hit France and Italy*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-europe-54402096>

BBC News (2022) *Tonga volcano: Eruption more powerful than atomic bomb, Nasa says*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60106981>

Beven JL et al (2022) *National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Ida (AL092021) 26 August – 1 September 2021*. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL092021_Ida.pdf

Castro M et al (2017) Why Did Zika Not Explode in Cuba? The Role of Active Community Participation to Sustain Control of Vector-Borne Diseases. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 97(2), pp. 311–2. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.16-0906>

Development Initiatives (2022) *Global Humanitarian Assistance Report 2022*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2022/>

FAO (Food and Agriculture Organization of the United Nations) (no date) *Desert Locust upsurge (2019–2021)*. <https://www.fao.org/ag/locusts/en/info/2094/index.html>

Gopinath G (2022) A Disrupted Global Recovery. *International Monetary Fund Blog*, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2019) *A World at Risk: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2019*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2019>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) *A World in Disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) *From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

IFRC (2020) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/fr/media/8968> IFRC (2021)

IFRC (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

ILO (International Labour Office) (2021) *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_848691/lang--fr/index.htm

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) *Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

IPCC (2022) *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg2/>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and Development Initiatives (2021) *Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

Jones L et al (2021) *Coronavirus: How the pandemic has changed the world economy*. BBC News. <https://www.bbc.co.uk/news/business-51706225>

Reinhart BJ et al (2022) National Hurricane Center Tropical Cyclone Report: Hurricane Grace (AL072021) 13-21 August 2021. National Oceanic and Atmospheric Administration and National Weather Service. https://www.nhc.noaa.gov/data/tcr/AL072021_Grace.pdf

Rugarabamu S et al (2020) Forty-two years of responding to Ebola virus outbreaks in Sub-Saharan Africa: a review. *BMJ Global Health*, 5, e001955. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001955>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Schöley J et al (2022) Life expectancy changes since COVID-19. *Nature Human Behaviour*. Online ahead of print. <https://doi.org/10.1038/s41562-022-01450-3>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) *World population to reach 8 billion on 15 November 2022*. <https://www.un.org/en/desa/world-population-reach-8-billion-15-november-2022>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) *The Sustainable Development Goals Report 2022*. <https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022*. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

WHO (World Health Organization) (2021) *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response*. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>

WHO (World Health Organization) (2022) *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (no date) *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

World Bank (2021) *World Development Report 2021: Data for Better Lives*. <https://wdr2021.worldbank.org/fr/>

World Bank (2022) *World Development Report 2022: Finance for an equitable recovery*. <https://www.banquemondiale.org/fr/publication/wdr2022>

Bangladesh 2019 Lorsque nous avons rencontré Sadyra, un menuisier et bricoleur naturel doué de ses mains, il nous a expliqué qu'il souhaitait construire une plus grande maison pour sa famille. Il a fabriqué lui-même la chaise sur laquelle il est assis. Ces dernières années, le Bangladesh a fait face à de nombreux aléas combinés, en plus du Covid-19. En 2020-2021, il était parmi les 10 pays à avoir subi le grand nombre de catastrophes.
© Elodie Berthe/IFRC

PRÉVENTION ET PRÉPARATION





**Dans un monde
multi-aléas, nous
devons prévenir ce
que nous pouvons
et nous préparer
à tout le reste**

Table des matières

Introduction	29
1.1 Le problème – le Covid-19 figure parmi un nombre croissant d'aléas	31
1.2 Ce que nous avons appris – le monde n'était pas préparé pour faire face au Covid-19	33
1.3 Ce que nous devons faire – investir dans la prévention et dans la préparation à un monde multi-aléas	41
Recommandations clés	60

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 est la plus grande catastrophe qui ait frappé l'humanité depuis des décennies – tant en raison du nombre de vies qu'elle a fauchées à ce jour que du fait qu'elle a touché pratiquement toutes les communautés de la planète d'une manière ou d'une autre. Il est tentant de penser que nous ne reverrons rien de similaire de notre vivant, mais en réalité la pandémie s'inscrit dans le cadre plus vaste d'une multiplication des aléas. Les risques biologiques et climatiques augmentent depuis des années, et leurs effets sont sans cesse croissants. L'urbanisation et la densité de population, qui présentent d'autres risques pour la santé, ainsi que les échanges commerciaux et les voyages internationaux toujours plus nombreux, aggravent ces risques. En outre, les pays connaissent plus souvent des catastrophes ou des chocs multiples, qui se produisent simultanément ou en succession rapide, ce qui met à l'épreuve la résilience des systèmes publics et des communautés de façon inédite.

Ce monde multi-aléas nous impose de porter une attention considérablement accrue à la prévention et à la préparation. Il nous impose aussi d'adopter une approche intégrée et flexible qui nous permette de faire face à une grande diversité d'aléas. En ce qui concerne les risques pour la santé en particulier, la prévention doit reposer sur un ensemble de mesures centrées sur les facteurs de risques. Celles-ci englobent un assainissement et une nutrition de meilleure qualité, ainsi qu'une lutte antivectorielle plus efficace, assurés par la voie d'une approche « Une seule santé » qui considère la santé humaine comme une composante du système socio-écologique global. Parallèlement, nous devons d'urgence renforcer les systèmes de santé, en accordant une attention particulière aux soins de santé primaires et aux systèmes de santé communautaires. Il est nécessaire de renforcer les systèmes de protection sociale (voir Chapitre 4) et les équipes de préparation et d'action communautaires (voir Chapitre 2) Nous devons en outre adopter une culture de préparation aux épidémies et aux pandémies qui soit alignée sur la préparation à d'autres types de situations d'urgence pour instaurer des sociétés et des communautés résilientes.

Définitions

Interventions à base communautaire : visent à promouvoir la santé publique au sein des communautés et comprennent – sans s'y limiter – des programmes de surveillance communautaire, d'engagement des communautés, de soutien nutritionnel, de conseil et de plaidoyer en matière de santé, de préparation des communautés, de soins à domicile et de soins de santé.

Systèmes de santé communautaires : structures, mécanismes, processus et acteurs nécessaires pour soutenir la gestion des épidémies et les programmes de santé dirigés par les communautés. Les éléments essentiels de ces systèmes comprennent : un environnement favorable et des activités de plaidoyer en faveur de la santé communautaire ; des partenariats et des réseaux communautaires ; le renforcement des capacités et des ressources ; la fourniture de services communautaires ; et le renforcement institutionnel et du leadership. Ces éléments sous-tendent les interventions à base communautaire et dirigées par les communautés ([The Global Fund, 2022](#)).

Flambée de maladie : apparition de cas de maladie en excès par rapport à la normale dans une communauté, dans une zone géographique ou au cours d'une saison donnée. Si une maladie est rare ou a de graves répercussions sur la santé publique, un seul cas de maladie peut être considéré comme une flambée.



Guatemala 2022 Le cyclone tropical Julia s'est transformé en ouragan de catégorie 1, provoquant des pluies torrentielles qui ont fait d'importants dégâts en Amérique centrale, et a frappé la côte est du Nicaragua. Des dégâts ont également été signalés au Guatemala. Les équipes de la Croix-Rouge ont mis en place des interventions précoces et ont continué de recenser les dégâts et les besoins et de fournir une assistance à la suite des importantes inondations et des glissements de terrain.
© Croix-Rouge du Guatemala

1.1 LE PROBLÈME

LE COVID-19 FIGURE PARMİ UN NOMBRE CROISSANT D'ALÉAS

1.1.1 La riposte désordonnée au Covid-19

Erreurs et chaos ont miné la riposte au Covid-19, tant au sein des pays qu'au niveau international. Les lacunes sont mises à l'évidence dans le rapport de la Commission *Lancet* sur les leçons à tirer de la pandémie de Covid-19 pour l'avenir ([Sachs et al, 2022](#)).

Sur le plan international, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a peiné à organiser une action coordonnée. La Commission *Lancet* relève que l'OMS a tardé à reconnaître la transmission interhumaine asymptomatique, tardé à recommander des restrictions équilibrées des voyages internationaux, telles que l'utilisation de tests de diagnostic, tardé à recommander l'utilisation de masques médicaux par le public, et bien trop tardé à reconnaître la transmission du SARS-CoV-2 par voie aérienne ([Sachs et al, 2022](#)). De nombreux gouvernements ont beaucoup tardé aussi à publier leurs propres conclusions et à imposer des mesures de prévention claires. Il convient de reconnaître que nombre de ces décisions étaient difficiles. Par exemple, il y avait une pénurie de masques, qui devaient être réservés en priorité au personnel de santé d'urgence. Néanmoins, le fait est que les mécanismes de dépistage rapide, d'alerte et de maîtrise de la propagation ont failli.

De nombreux pays ont peiné à déployer les outils de santé publique essentiels. Dans certains cas, des lots entiers de kits de tests de diagnostic se sont révélés défectueux ([Lee et al, 2021](#)). Dans certains pays, il a ensuite été difficile pendant des mois de trouver des tests de dépistage. Beaucoup de pays ont connu de graves pénuries d'équipements de protection individuelle ([Burki, 2020](#)). Dans certains pays, au moins 30 % des agents de santé, des médecins et du personnel infirmier ont signalé ne pas disposer de suffisamment de ces équipements. Pour pallier le déficit ([Oliver, 2021](#)), des gouvernements ont attribué à la hâte des contrats en nombre sans procéder à des appels d'offres, gaspillant ainsi de l'argent dans des équipements de mauvaise qualité, souvent inutilisables ([Dyer, 2021](#)). D'autres pénuries ont été en partie créées par un système de financement dysfonctionnel : les hôpitaux étaient incités à réduire les coûts au minimum au lieu de maintenir des stocks adéquats ([Cohen and van der Meulen Rodgers, 2020](#)). Il y a eu aussi une pénurie mondiale d'oxygène, essentiel pour traiter le Covid-19. Les systèmes de santé de très nombreux pays ont été, par moments, sur le point de manquer de ce produit ([Davies and Furneaux, 2021](#)). Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la pénurie a persisté en 2022 ([Mahase, 2022](#)).

Dans bien des cas, il aurait fallu que les ministères se coordonnent plus rapidement ([Jacobzone et al, 2020](#)). La Banque mondiale a mis en évidence plusieurs caractéristiques d'un système de coordination efficace. La coordination doit bénéficier d'un solide soutien des dirigeants ; elle porte sur un nombre restreint de cibles bien définies ; elle utilise des tableaux de bord simples pour présenter les données et les résultats ; et elle favorise une communication constante entre les différents ministères, départements et organismes ([Kunicova, 2020](#)). La Fédération internationale ajoute que l'ensemble du gouvernement et de la société

doivent être pris en compte. Toutefois, de nombreux gouvernements ne sont pas parvenus à concrétiser un ou plusieurs de ces aspects, en particulier pendant les premiers mois de la pandémie ([Kapucu and Hu, 2022](#)).

Parallèlement, les défaillances de communication ont été généralisées ([Palma-Oliveira, 2021](#)). Souvent, les gouvernements et les autorités sanitaires n'ont pas sensibilisé la population à l'ampleur de la menace que pose le Covid-19 ou ont tardé à le faire ([Zhang, 2020](#)). À quelques exceptions près, comme l'Australie, qui a mis l'accent sur une communication efficace et coordonnée ([Hyland-Wood, 2021](#)), beaucoup ont publié des messages difficiles à comprendre et contradictoires ([Finset et al, 2020](#)). La confusion a été exacerbée par la désinformation généralisée ([Mheidly and Fares, 2020](#)), qui s'est propagée très rapidement sur les médias sociaux ([Malecki et al, 2021](#)). Dans certains cas, des acteurs politiques ont cherché à politiser la situation ([Biehl et al, 2021](#)), minant ainsi la confiance dans la réponse de santé publique ([Hatcher, 2020](#)). De surcroît, de nombreuses communautés ne faisaient pas confiance aux autorités et étaient réticentes à s'engager dans la riposte au Covid-19. Ce manque de confiance était dû en partie au fait que beaucoup n'avaient pas ou avaient peu de contacts avec les systèmes de santé ou les autorités nationales avant la crise.

Dans bien des pays, cette situation a créé le chaos dans les services des urgences et plus généralement dans les systèmes de santé, en particulier pendant les premiers mois de 2020. Dans une étude publiée en 2021, 51 agents de santé de Suède relatent ce qu'ils ont vécu. Ils parlent de changements constants et déroutants dans les règles régissant la prévention et la lutte contre l'infection. Tel a été le cas parce qu'il n'y avait pas de plan préétabli pour une urgence sanitaire d'une aussi grande ampleur, ce qui a conduit à des modifications effrénées et répétées en réponse aux nouvelles informations. De plus, il était demandé au personnel d'utiliser des technologies médicales inusuelles, telles que l'oxygénothérapie nasale à haut débit, sans formation adéquate. Conjuguée à de multiples autres facteurs de tension, dont la peur de contracter le Covid-19, cette réalité a été la cause de stress et d'épuisement professionnel ([Rücker et al, 2021](#)).

Enfin, si le Covid-19 a accaparé l'attention de la communauté internationale, d'autres aléas ont continué de se déclencher. L'Asie du Sud a été frappée par le cyclone Amphan, de catégorie 5, en mai 2020 ([Ellis-Petersen and Ratcliffe, 2020](#)). L'année suivante, en mai également, le cyclone Yaas s'est abattu sur l'Inde et le Bangladesh ([BBC News, 2021](#)). Les Tonga ont connu les éruptions volcaniques les plus violentes de ces dernières décennies quand le Hunga Tonga-Hunga Ha'apai est entré en éruption le 15 janvier 2022, provoquant des dégâts considérables ([BBC News, 2022](#)).

Ces aléas concomitants ont parfois accéléré la propagation du coronavirus, et il est arrivé que la pandémie rende plus difficile la réponse à d'autres aléas. Par exemple, de graves inondations ont touché la Bolivie en janvier et février 2021, et à nouveau en décembre. Le pays avait contenu le nombre de cas de Covid-19 pendant toute l'année 2020, en partie en fermant ses frontières internationales. À la suite de ces inondations, cependant, il a connu des pics du nombre d'infections, en particulier après les inondations de décembre (voir Chapitre 8). De même, les ouragans Eta et Iota ont frappé le Honduras en 2020, au plus fort de la pandémie, et nécessité une intervention d'urgence du réseau de la Fédération internationale ([IFRC GO, no date b](#)). La disponibilité de logements a constitué l'un des principaux défis : de nombreuses personnes avaient été déplacées et étaient sans abri ([IFRC, 2020a](#)), mais la capacité des hébergements temporaires était réduite car il fallait maintenir la distanciation sociale pour limiter la propagation du Covid-19 ([IFRC, 2020a](#)).

1.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS LE MONDE N'ÉTAIT PAS PRÉPARÉ POUR FAIRE FACE AU COVID-19

Ce qui a posé problème, et qui fait l'objet du présent chapitre, c'est que la plupart des pays n'avaient pas investi suffisamment dans la préparation aux épidémies et leur prévention avant la crise sanitaire. De ce fait, les gouvernements et les systèmes de santé ont eu des difficultés à faire face à la situation et beaucoup ont été dépassés pendant les premiers mois de l'épidémie de Covid-19. La riposte exigeait que de multiples acteurs se coordonnent, mais les mécanismes de coordination étaient souvent peu clairs ou faisaient défaut. De nombreux pays s'étaient préparés à des aléas spécifiques, mais leurs systèmes étaient trop rigides pour affronter le nouveau coronavirus. Certains systèmes de santé étaient déjà surchargés avant même le début de la pandémie. Ils n'avaient pas de mécanismes ou de capacité de redéploiement des tâches ([IPPPR, 2021](#)).

1.2.1 Pas de prévention ni de préparation dans le monde

La pandémie de Covid-19 a pu se produire en raison des lacunes en matière de **prévention**. Aucune mesure n'a été prise pour éviter que la flambée initiale de la maladie ne se propage à toute la planète. Auparavant, aucune mesure n'avait été prise non plus pour prévenir l'épidémie. À la section 1.3.1, nous examinerons ce qui peut être fait pour éviter les flambées futures de maladies, ce qui impose d'opérer certains choix stratégiques radicalement nouveaux. Toutefois, même dans le cadre des stratégies existantes, beaucoup aurait pu être fait pour maîtriser la flambée et en ralentir la propagation – mais ne l'a pas été ou l'a été trop tardivement.

Comme cela est indiqué à la section 1.1.1, la Commission *Lancet* a mis en relief la réticence généralisée à mettre en place des restrictions aux voyages internationaux. L'OMS n'a pas recommandé d'introduire de telles restrictions quand elle a publié des « recommandations temporaires » au titre du Règlement sanitaire international (2005) ([von Tigerstrom and Wilson, 2020](#)) (voir Chapitre 6). Il est vrai que les interdictions générales de voyager imposées sans raison ont posé problème lors de pandémies passées : elles ont créé des incitations perverses au regard de la transparence, qui se manifestent quand de nouvelles flambées de maladies se produisent. Néanmoins, les options sont nombreuses en la matière. C'est le cas du dépistage diagnostique des personnes qui entrent dans un pays ou en sortent et de l'isolement obligatoire à l'arrivée. À quelques exceptions près, comme la Nouvelle-Zélande, la plupart des pays se sont abstenus de prendre ce type de mesures et ont ainsi laissé le SARS-CoV-2 entrer sur leur territoire. Et même quand des mesures de contrôle ont été imposées, elles étaient souvent inadéquates. Par exemple, les personnes arrivant directement de certains pays étaient interdites d'entrée, alors que celles qui avaient transité par d'autres pays à partir du même point d'origine ne l'étaient pas ([Sachs et al, 2022](#)).

De même, de nombreux pays ont laissé à maintes reprises le nombre de cas atteindre des niveaux dangereusement élevés. Pour le justifier, des gouvernements ont fait valoir que la maladie était sous

contrôle sur leur territoire tant que des lits étaient disponibles dans les services de soins intensifs. Selon une analyse conduite en 2020, l'absence de mesures visant à prévenir la propagation de la maladie a été une grave erreur parce que « la différence est grande entre beaucoup de victimes aujourd'hui ou des victimes réparties sur une longue période » ([Saracci, 2020](#)).

Plus généralement, il est clair que la plupart des pays n'étaient pas **prêts** à affronter la pandémie de Covid-19. Le rapport 2020 du Conseil mondial de suivi de la préparation (GPMB) constate que la majorité des pays n'étaient pas préparés à faire face au Covid-19 parce que « notre perception de la préparation à la pandémie a été inappropriée » ([GPMB, 2020](#)). Dans certains cas, la préparation a été comprise de manière trop étroite. Par exemple, certains pays ont constitué des stocks d'équipements de protection individuelle, mais ne se sont pas dotés parallèlement d'un système robuste de dépistage pour identifier les personnes infectées. De même, ils n'ont pas établi de systèmes de gestion des flambées de maladie au niveau communautaire. Le rapport 2021 du GPMB note que ce défaut de préparation s'est produit malgré les centaines de recommandations que les experts avaient formulées au cours des deux dernières décennies, et appelle à créer un « système de santé d'urgence holistique » ([GPMB, 2021](#)).

D'autres erreurs ont été commises, notamment (sans s'y limiter) ([Sachs et al, 2022](#); [IPPPR, 2021](#)) :

- L'absence d'investissement dans des protocoles de communication bien définis, dont des systèmes d'alerte précoce et d'action rapide, ce qui a entraîné une très grande confusion quant à la gravité de la menace et aux mesures les plus efficaces pour s'en protéger.
- Des structures de coordination de l'ensemble du gouvernement et de la société peu claires, ce qui a conduit à des actions désordonnées et non coordonnées.
- Une mauvaise compréhension de l'importance de l'adhésion et de la confiance des communautés.
- Une prise en considération insuffisante des méthodes qui auraient contribué à soulager des systèmes de santé surchargés.

À l'opposé, les pays et les organisations qui s'étaient préparés comme il convient ont fait mieux (IFRC, 2022c). Par exemple, plusieurs pays/régions d'Asie de l'Est, dont la province chinoise de Taïwan, le Japon et Singapour, avaient gardé un souvenir vivace des récentes épidémies de grippe aviaire et de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) ([Chen et al, 2021](#)). Plusieurs d'entre eux avaient entrepris de renforcer leurs capacités à la suite de la flambée de grippe aviaire H5N1 ([Corwin et al, 2021](#)). Le Japon a réussi à prévenir une vague initiale sévère sans recourir à des mesures de confinement. Le gouvernement a donné la priorité à la recherche des cas contacts pour identifier les superpropagateurs et les foyers de cas associés. Parallèlement, il a adopté une stratégie à trois volets, qui a consisté à encourager les personnes à « éviter les sites très fréquentés », les « lieux de contact rapproché » et les « espaces confinés » ([Imai et al, 2022](#)).



Mongolie 2021 Chaque mois, des employés et volontaires de la Croix-Rouge de Mongolie rendent visite à cet homme de 85 ans dans le cadre d'un programme de soins à domicile, ce qui lui a permis de recevoir ses trois doses de vaccin contre le Covid-19. © IFRC

En décembre 2019, quelques semaines avant que le Covid-19 ne soit connu, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge avait adopté une résolution intitulée « Agir maintenant en combattant ensemble les épidémies et les pandémies » ([Faller, 2020](#)). Il ressort des travaux de recherche qui ont été menés par la suite que les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui avaient amélioré leurs capacités en matière de préparation – tant aux flambées de maladies que de manière générale – avant la pandémie ont obtenu des meilleurs résultats dans leur riposte au Covid-19 ([Johnston, 2022](#)). Par exemple, la Croix-Rouge de Mongolie avait établi un plan de préparation à la grippe en prévision de l'hiver 2019-2020, sur lequel elle s'est appuyée pour contenir le Covid-19 ([Natoli et al, 2020](#)). La Fédération internationale a mis en évidence deux sources de données indiquant que les Sociétés nationales mieux préparées et fortes d'une expérience préalable ont mieux fait face au Covid-19. Ces données probantes sont résumées dans le rapport *2022 Everyone Counts COVID-19 Edition* (IFRC, 2022b) :

- Les Sociétés nationales qui ont affiché de meilleurs résultats en 2019, en ont obtenu aussi de meilleurs durant la pandémie. Ainsi, en 2019, certaines Sociétés nationales ont atteint davantage de personnes que d'autres au moyen de leurs programmes de santé, de réduction des risques de catastrophe, et d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH). Ces Sociétés nationales étaient plus susceptibles de réaliser les priorités en matière de suivi du Covid-19, telles que la prévention et la maîtrise des infections. Cette réalité est mesurée à l'aide de données tirées de la base de données et système de compte rendu à l'échelle de la Fédération (FDRS), qui présente les indicateurs clés de performance de chaque Société nationale. L'analyse est fondée sur des corrélations, et de ce fait n'explique pas pourquoi des réalisations antérieures sont annonciatrices de succès durant la pandémie.
- Les Sociétés nationales ayant une expérience préalable des urgences épidémiques ont aussi obtenu de meilleurs résultats au regard de deux indices supplémentaires : la surveillance à base communautaire (SBC) et la gestion des dépouilles. À titre d'exemple, le Croissant-Rouge de Somalie assure une surveillance à base communautaire des maladies depuis 2018. Fin mars 2020, un volontaire de cette Société nationale a identifié l'un des premiers cas de Covid-19 signalés dans le pays.

La principale leçon de la pandémie est que nous devons être prêts à faire face à un large, mais crédible, éventail de flambées de maladies. La préparation doit couvrir les agents pathogènes auxquels un pays n'a pas encore été exposé, mais auxquels il pourrait l'être. Mais cela ne suffit pas. D'autres aléas ont continué de surgir depuis l'émergence du Covid-19, avant ou durant la pandémie, créant des risques croisés et cumulés qu'il est encore plus difficile de gérer sans préparation (voir Encadré 1.1, ÉTUDE DE CAS : Aux prises avec une situation d'urgence complexe en Afghanistan). De surcroît, la prochaine urgence mondiale pourrait être un autre type de pandémie, une autre catégorie de catastrophe comme une sécheresse, ou un phénomène multi-aléas. Quelle qu'elle soit, le délai d'alerte sera limité, ce qui signifie que nous devons dès à présent nous préparer à tous les aléas potentiels. Nous devons faire nôtre la préparation multi-aléas.

De la même manière, les pays doivent se préparer à autant d'impacts communs d'aléas que possible. En particulier, ils devraient centrer leur attention sur les personnes les plus vulnérables et les plus difficiles à atteindre. Il s'agit en effet de prévenir non seulement les répercussions de ces aléas sur tout le monde, mais aussi l'aggravation des **inégalités** car ces répercussions sont ressenties beaucoup plus durement par les personnes vulnérables et marginalisées. Il est tentant de se préparer uniquement à répondre aux besoins les plus immédiats, mais toutes les catastrophes ont des conséquences multiples, qui se ramifient dans l'ensemble de la société. Par exemple, de nombreuses personnes ont perdu leur emploi quand des entreprises ont fait faillite en raison des restrictions liées à la pandémie.

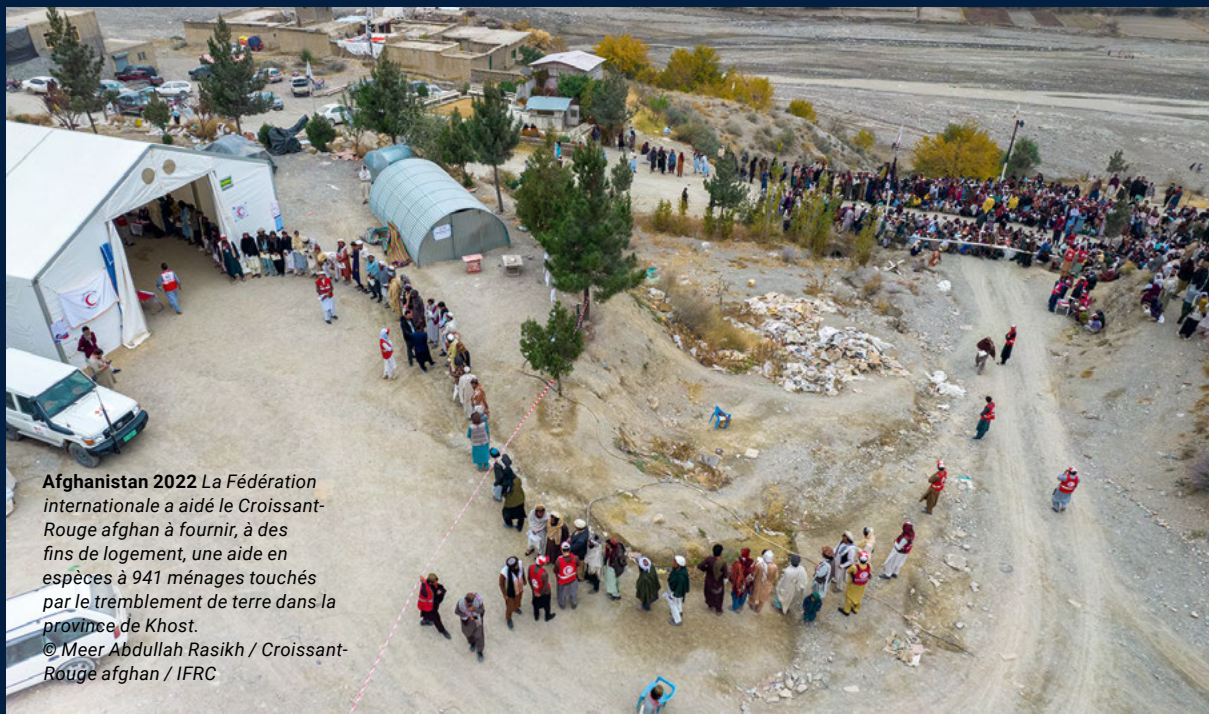
ENCADRÉ 1.1 / ÉTUDE DE CAS

AUX PRISES AVEC UNE SITUATION D'URGENCE COMPLEXE EN AFGHANISTAN

L'Afghanistan est aux prises avec une crise humanitaire complexe. Il fait face à des aléas multiples, qui se doublent d'un effondrement de l'autorité publique lié au conflit interne. Sécheresse, tremblements de terre, pandémie de Covid-19, et bien d'autres maladies infectieuses sont du nombre de ces aléas, et ont tous pour cadre un conflit armé qui dure depuis des décennies.

Le pays a peiné à contenir le Covid-19. Fin 2021, moins de 15 % de la population était entièrement vaccinée (Reuters, [no date](#)). Seul un petit nombre d'hôpitaux continuent de proposer des traitements contre le Covid-19 (Gannon, 2022). Tout au long de la pandémie, les hôpitaux afghans ont manqué cruellement de fournitures médicales, telles que des écouvillons, des kits de collecte d'échantillons, de l'oxygène liquide et des équipements de protection individuelle (Ibrahimi and Safi, 2020). Plus de 30 hôpitaux ont été contraints de fermer en raison de la chaleur et du manque d'experts médicaux.

L'incidence des cas et des décès est faible dans les statistiques officielles, mais elle est probablement sous-estimée, et les preuves empiriques présentent un tout autre tableau. Ainsi, les fossoyeurs de Kaboul signalent des taux de mortalité près de trois fois supérieurs à la normale (Blanc et al, 2020). La pandémie a eu aussi des incidences négatives sur les revenus des personnes ainsi que sur l'accès à la nourriture, à l'eau et à l'assainissement. En janvier 2022, 65 % des ménages d'Afghanistan avaient subi les effets du Covid-19 (UN OCHA, 2022a).



Afghanistan 2022 La Fédération internationale a aidé le Croissant-Rouge afghan à fournir, à des fins de logement, une aide en espèces à 941 ménages touchés par le tremblement de terre dans la province de Khost.
© Meer Abdullah Rasikh / Croissant-Rouge afghan / IFRC

La sécheresse a aggravé encore la situation. Ces deux dernières années, l'Afghanistan a connu une sécheresse sans équivalent depuis 27 ans. Vingt-cinq des 34 provinces du pays en ont été frappées ([IFSPC, 2021](#)). Plus des deux tiers de la population sont touchés. L'insécurité alimentaire a progressé, tandis que l'accès à l'eau potable et à l'assainissement a été compromis ([Amoli and Jones, 2022](#)), entraînant de nouvelles flambées de maladies. Le niveau des eaux souterraines ayant baissé, la quantité d'eau disponible et sa qualité ont été réduites, et des cas de choléra ont été signalés pour la première fois depuis 2016. Le manque d'accès à l'eau salubre pousse à la hausse les taux de diarrhée aqueuse aiguë, de rougeole et de dengue.

Toutes ces crises contribuent à une insécurité alimentaire croissante. En 2021, le volume des récoltes a été de 20 % inférieur à celui de 2020 et de 15 % inférieur à la moyenne sur cinq ans. En conséquence, la consommation alimentaire des personnes a diminué dans des proportions alarmantes. Le pourcentage des ménages dont le score de consommation alimentaire est « pauvre » a presque triplé entre 2020 (14 %) et 2021 (près de 40 %). Les ménages touchés par la sécheresse dépendent de plus en plus de stratégies d'adaptation extrêmes.

Parallèlement à la riposte au Covid-19, l'Afghanistan a subi d'innombrables chocs ([FRC, 2022a](#)). Plus de 28 000 personnes ont été touchées par les inondations et d'autres catastrophes pendant les huit premiers mois de 2021. Le 22 juin 2022, un tremblement de terre a fait plus de 1 000 morts, gravement endommagé ou détruit 13 000 logements, et causé des dégâts mineurs ou modérés à 48 000 logements ([Center for Disaster Philanthropy, 2022](#)). Il a aussi endommagé des établissements de santé, des écoles, des installations d'approvisionnement en eau et des entrepôts à grains ([UN OCHA 2022b](#)). En juillet et août de la même année, des pluies hors saison ont provoqué de graves inondations, qui ont emporté les moyens de subsistance.

Les perspectives pour 2023 sont inquiétantes. Plusieurs évaluations réalisées par des partenaires humanitaires montrent que la sécheresse et les difficultés économiques seront toujours des causes majeures de besoins humanitaires. Les ménages ont vu leur revenu mensuel diminuer en raison des vicissitudes économiques, exacerbées dans une certaine mesure par les sanctions, et leurs dépenses exploser car les prix des produits essentiels sont montés en flèche. Deux options seulement s'offrent à eux : recourir à des mécanismes d'adaptation ou dépendre de l'assistance humanitaire. Les perspectives de sécurité alimentaire ne sont pas bonnes. On prévoit qu'entre novembre 2022 et mars 2023, quelque 20 millions d'Afghans seront en situation de crise et d'insécurité alimentaire aiguë ([IFRC, 2022e](#)). Si la sécheresse actuelle persiste en 2023, des millions d'Afghans continueront de dépendre de l'assistance alimentaire.

La crise humanitaire complexe qui sévit en Afghanistan ne pourra pas être résolue sans un effort international massif et soutenu. Elle montre combien la préparation multi-aléas est une nécessité.



1.2.2 Des aléas croissants, concomitants et cumulés

Fait inquiétant, notre expérience de la pandémie de Covid-19 est un signe avant-coureur de ce qui va suivre. Nous vivons dans un monde toujours plus dangereux. De nombreux risques s'accroissent, tandis que les aléas – et les catastrophes qu'ils déclenchent – deviennent plus fréquents ou plus intenses, ou les deux.

Le nombre de catastrophes qui, chaque année, sont provoquées par des aléas naturels, continue d'augmenter. La toute dernière analyse que la Fédération internationale a réalisée des données d'EM-DAT, la base internationale de données sur les situations d'urgence, révèle que 378 catastrophes se sont produites en 2021 contre 332 en 2020 (voir Chapitre 8) ([EM-DAT, non daté](#)).

En particulier, les changements climatiques se traduisent par une fréquence accrue des phénomènes météorologiques extrêmes. Dans le *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2020*, la Fédération internationale fait état d'une progression spectaculaire de la proportion des catastrophes attribuables chaque année à des phénomènes climatiques et météorologiques extrêmes, qui est passée de 76 % dans les années 2000 à 83 % dans les années 2010 ([IFRC, 2020c](#)). Cette tendance s'est poursuivie en 2020 et 2021, 91 % des catastrophes enregistrées dans EM-DAT étant attribuables à des phénomènes climatiques et météorologiques extrêmes (voir Chapitre 8).

Dans le droit fil de ce qui précède, le dernier rapport du Groupe de travail II du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) constate que les aléas augmentent sous l'effet des changements climatiques. Le rapport relève une fréquence et une intensité accrues des extrêmes météorologiques, notamment les vagues de chaleur, les pluies torrentielles et les sécheresses. Il en a résulté une augmentation des décès liés à la chaleur, des superficies ravagées par des feux de végétation et des impacts dévastateurs des cyclones tropicaux – entièrement attribuée aux changements climatiques d'origine anthropique ([IPCC, 2022](#)).

Cette réalité va de pair avec un risque accru de flambées de maladies, dont le Covid-19 est l'exemple le plus spectaculaire. Une étude réalisée en 2014 a rassemblé les données sur les maladies collectées sur 33 ans, de 1980 à 2013. Ces données concernaient 12 102 flambées de 215 maladies infectieuses humaines. Les chercheurs se sont attachés à mettre en évidence des facteurs de confusion, tels que des améliorations dans la surveillance des maladies. Ils ont constaté une nette augmentation du nombre total de flambées de maladies et de la diversité des maladies. **On comptait moins de 1 000 flambées de maladies par an au début des années 1980, mais plus de 3 000 à la fin des années 2000.** Des bactéries et des virus étaient à l'origine de 88 % des flambées de maladies. Par ailleurs, les zoonoses, c'est-à-dire les maladies qui passent de l'animal à l'homme, étaient responsables de 56 % des flambées ([Smith et al, 2014](#)).

Plus récemment, une étude a mis en évidence « une vague de graves épidémies de maladies infectieuses » au XXI^e siècle ([Baker et al, 2021](#)). L'épidémie de SRAS de 2003, la pandémie de grippe porcine de 2009, la flambée de syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) de 2012, l'épidémie de maladie à virus Ebola de 2013-2016 en Afrique de l'Ouest, et l'épidémie de maladie à virus Zika de 2015 sont du nombre. De même, une étude publiée en 2018 par l'OMS indique que les épidémies de maladies infectieuses sont plus fréquentes et se propagent à la fois plus vite et plus largement que jamais auparavant dans de nombreuses régions différentes du monde. L'étude recense 1 307 événements sanitaires de nature épidémique pendant la période de 2011 à 2017, liés à différentes maladies dont la fièvre jaune, le choléra et la shigellose. Cela équivaut à une moyenne de 187 événements sanitaires de nature épidémique par an ([WHO, 2018](#)).

Les experts attribuent ces tendances épidémiques à des raisons diverses. [Baker et al, 2021](#) les associe aux changements de lieux de vie des personnes et à la multiplication des voyages. Depuis 2007, la densité de population augmente de manière générale, davantage de personnes vivant en zone urbaine qu'en zone rurale, ce qui crée des conditions propices à une propagation rapide. Parallèlement, le nombre des vols de compagnies aériennes a doublé depuis 2000, ce qui favorise la propagation rapide des maladies dans le monde. Les changements climatiques, qui influent sur l'émergence et la distribution d'agents pathogènes nouveaux ou modifiés, la réémergence de pathogènes plus anciens, et la vulnérabilité des individus à ces agents, sont d'autres facteurs ([Romanello et al, 2022](#)). Les changements dans l'utilisation des terres et la destruction d'habitats induisent une plus grande proximité entre les humains et la faune sauvage, et donc un potentiel accru de transmission zoonotique. Les méthodes de production alimentaire, parfois caractérisées par des concentrations importantes d'animaux dans de mauvaises conditions sanitaires, sont également à blâmer. Enfin, d'autres types de catastrophes accroissent la vulnérabilité des personnes aux agents pathogènes via de mauvaises pratiques d'hygiène, la malnutrition et un accès insuffisant aux services de santé.

La montée de ces aléas se traduit par une tendance grandissante à des aléas qui se chevauchent et s'amplifient mutuellement. De plus en plus, les communautés et les nations font face à deux aléas ou plus simultanément, ou à des aléas multiples qui s'enchaînent à un rythme soutenu. Les études de la Fédération internationale indiquent que chaque année depuis 1990, on a enregistré une moyenne de 199 cas de catastrophes concomitantes dans le même pays. Chaque année, 44 pays en moyenne subissent au moins une fois des catastrophes concomitantes, avec un pic de 64 pays en 2000 (Chapitre 8). Bien sûr, les pays qui vivent une situation de conflit et présentent d'autres fragilités sont également frappés par des types multiples d'aléas « naturels » et de dangers biologiques.

Quand des catastrophes se chevauchent ou se succèdent rapidement, les impacts peuvent être exacerbés. Si deux catastrophes se produisent concomitamment, les conséquences de chacune peuvent être considérablement accrues. Par exemple, l'étude que la Fédération internationale a réalisée sur les données d'EM-DAT donne à entendre qu'une période de températures extrêmes qui se produit en même temps et dans le même lieu qu'un autre aléa peut nuire à un plus grand nombre de personnes et entraîner des décès supplémentaires. Des tendances similaires peuvent être constatées pour d'autres aléas, tels que les inondations, les tempêtes et les feux de végétation (voir Chapitre 8).

Il est facile de comprendre pourquoi : deux aléas sont plus susceptibles qu'un seul d'amoindrir la résilience d'une communauté, les intervenants sont sollicités à l'excès, et le premier aléa peut saper une stratégie d'adaptation qui aurait créé de la résilience face au second. De plus, deux catastrophes peuvent avoir des incidences l'une sur l'autre sans nécessairement se chevaucher dans le temps. Une catastrophe sera plus lourde de conséquences si elle se produit relativement peu de temps après une autre, que si elle survient après une longue période de calme. En général, plus l'intervalle de temps entre deux catastrophes est grand, moins les impacts de la seconde sont importants. Peut-être est-ce parce que les communautés ont eu le temps de se relever et de recouvrer une partie de leur résilience (voir Chapitre 8).

Les tendances non viables qui ont favorisé la pandémie de Covid-19 et les changements climatiques sont pour beaucoup les mêmes. Une étude relie des deux phénomènes à « l'industrialisation consommatrice moderne, dont l'utilisation de combustibles fossiles, l'accroissement de la densité de population humaine, et le remplacement des écosystèmes naturels par des écosystèmes dominés par l'homme ». Parallèlement, les facteurs qui rendent les personnes plus vulnérables aux aléas sont souvent les mêmes : la pauvreté, des logements insalubres et la vétusté des infrastructures ([Pelling et al, 2021](#)).

1.3 CE QUE NOUS DEVONS FAIRE INVESTIR DANS LA PRÉVENTION ET DANS LA PRÉPARATION À UN MONDE MULTI-ALÉAS

Nous vivons une époque où des aléas de tous genres, dont les maladies transmissibles, deviennent plus fréquents et/ou plus dangereux. Le moyen le plus judicieux et le plus économiquement sain d'atténuer le risque auquel nous faisons face peut être résumé en quelques mots : prévenir ce que nous pouvons, nous préparer à tout le reste.

Dans la présente section, nous examinons les mesures qui doivent être prises pour éviter une autre calamité sanitaire comme la pandémie de Covid-19 – à la fois comment prévenir les flambées de maladies et comment éviter qu'elles ne dégénèrent en urgences de grande ampleur. Nous abordons ensuite le défi de préparer les sociétés à prévenir, à détecter et à réagir rapidement et efficacement. Enfin, nous examinons comment étendre à un monde multi-aléas de risques croissants, cumulés et concomitants les enseignements tirés de la préparation aux flambées de maladies.

1.3.1 Prévenir autant de risques pour la santé que possible

Le moyen le plus efficace de gérer une catastrophe est de la prévenir. La prévention est la réponse idéale parce qu'elle évite ou du moins réduit les conséquences des flambées de maladies, ainsi que tous les coûts d'une intervention. Il n'est pas nécessaire d'interrompre les programmes de santé réguliers pour se concentrer sur une seule menace pour la santé, ni de fermer les entreprises et les frontières pendant de longues périodes ou de gérer les incidences socio-économiques à long terme d'une pandémie. Éviter ces dommages et ces coûts présente d'énormes avantages. La vie peut suivre son cours normalement, sans effets dévastateurs ou traumatismes. Les avantages de la prévention sont largement connus : dans le domaine de la santé au travail, les aléas sont gérés au moyen d'une « hiérarchie des mesures de contrôle » à cinq niveaux, le premier et le plus efficace étant simplement d'éliminer l'aléa (NIOSH, non daté). Cependant, ce principe ne s'est pas toujours traduit en actes. En matière de gestion des risques de maladie – y compris les urgences de santé publique – il est possible de prévenir considérablement plus de risques que nous ne le faisons actuellement.

En santé publique, le terme « prévention » couvre un large éventail d'activités. La **prévention primaire** vise à éviter que des aléas, tels que des maladies, ne se concrétisent. La **prévention secondaire** s'attache à éviter que ces aléas ne créent, en faisant boule de neige, des situations d'urgence. La **prévention tertiaire** consiste à réduire les conséquences d'une maladie ou d'une blessure. Notre étude se concentre sur la prévention primaire et la prévention secondaire.

La communauté internationale n'a pas empêché la flambée de Covid-19 de dégénérer en pandémie. Le coût mondial de cet échec a été immense. Les estimations du coût cumulé de la pandémie varient, mais sont de l'ordre de milliers de milliards de dollars. Selon une étude, le coût a atteint 16 000 milliards de dollars É.U. pour les seuls États-Unis ([Cutler and Summers, 2020](#)). Le Fonds monétaire international estime que la pandémie aura coûté 13 800 milliards de dollars É.U. à l'économie mondiale d'ici la fin de 2024 ([Gopinath, 2022](#)). Pour maîtriser le coronavirus au début de l'année 2020, il aurait fallu investir massivement, mais cet investissement aurait été amorti de plusieurs ordres de grandeur. Une étude a examiné le coût de trois mesures de prévention primaire, qui auraient pu réduire le risque que le Covid-19 ne devienne une pandémie : une meilleure surveillance de la transmission zoonotique, associée à la mise en place de bases mondiales de données sur la biologie du virus ; une meilleure gestion du commerce des espèces sauvages ; et une réduction de la déforestation. Les chercheurs constatent ces trois stratégies représentent « moins d'un vingtième de la valeur des vies perdues chaque année à cause des zoonoses virales émergentes et ont des retombées positives considérables » ([Bernstein et al, 2022](#)). De même, la Banque mondiale estime qu'une préparation améliorée aux urgences sanitaires coûterait moins de 1 dollar É.U. par personne et par an, du moins dans les pays dotés de systèmes de santé raisonnablement complets ([World Bank, 2017](#)).

Bien sûr, certains risques et flambées de maladies ne peuvent être éliminés. Il n'est pas possible actuellement de prévenir l'émergence de la plupart des agents pathogènes (à moins qu'ils ne soient produits en laboratoire). Par exemple, il n'y a pas de vaccin approuvé contre la maladie à virus Zika, et les petites flambées sont donc inévitables. Cela ne signifie pas que la prévention n'est pas réalisable. Ainsi, il est possible d'éviter les débordements zoonotiques à la population humaine ou de réduire le risque de contracter une maladie au moyen d'une meilleure nutrition et d'une meilleure hygiène (prévention primaire). De plus, une large gamme de mesures peuvent être prises pour éviter que les flambées initiales ne dégénèrent en épidémies ou en pandémies (prévention secondaire).

L'histoire du Covid-19 aurait été tout autre si la communauté internationale avait pris parti pour la prévention primaire et secondaire. Empêcher un tel virus d'entrer dans la population humaine et maîtriser rapidement de telles flambées de maladies quand elles se produisent présenterait des avantages immenses pour l'humanité. À l'ère des pandémies qui s'annonce, l'action et la riposte rapides ne suffiront pas ([Smolinski, 2021](#)).

Qu'aurait-il fallu faire pour prévenir la pandémie de Covid-19 ? Adopter deux approches interdépendantes : prévenir la flambée initiale de la maladie et éviter qu'elle ne se transforme en épidémie puis en pandémie.

Pour prévenir les flambées de maladies, nous devons nous attaquer aux facteurs qui nous y rendent vulnérables. De plus en plus de maladies nouvelles apparaissent sous l'effet des mêmes activités humaines que celles qui entraînent des pertes de biodiversité. L'expansion de l'agriculture, les changements dans l'utilisation des terres ainsi que le commerce et la consommation d'espèces sauvages sont autant de facteurs qui y contribuent, en favorisant un rapprochement étroit entre les humains, le bétail et les animaux sauvages – ce qui accroît les risques de « débordements zoonotiques », c'est-à-dire de transmission de maladies d'espèces sauvages à l'homme ([IPBES, 2020](#)). Une étude publiée en 2020 examinait 6 801 écosystèmes dans le monde entier. Elle a constaté que les animaux hôtes d'agents pathogènes et de parasites susceptibles d'infecter les humains étaient bien plus nombreux dans les écosystèmes dominés par l'homme ([Gibb et al, 2020](#)). Cela signifie que nous sommes en train de créer des conditions propices à une fréquence accrue de flambées de maladies, dont certaines pourraient devenir des pandémies. Une étude conduite en 2021 chiffre à 39 % le risque qu'une personne qui vit aujourd'hui connaisse une pandémie de l'ampleur de celle du Covid-19 au cours de son existence – et indique que cette probabilité pourrait doubler au cours des prochaines décennies ([Marani et al, 2021](#)).

Nous pouvons réduire, parfois au moyen d'interventions simples, les aléas induits par l'homme. D'autres mesures, plus complexes, peuvent être extraordinairement efficaces. Par exemple, le Mexique a enregistré en 1991 son premier cas connu de choléra et a agi rapidement pour maîtriser la maladie. Il a amélioré l'accès à l'eau potable et à l'assainissement et renforcé la surveillance épidémiologique. Le dernier cas de choléra a été signalé 10 ans plus tard, et la maladie n'est jamais devenue endémique ([Sepúlveda et al, 2006](#)) (voir Encadré 1.2 : Prévenir les flambées de maladies en fournissant de l'eau salubre). Dans le cas des maladies infectieuses à transmission aérienne, comme le Covid-19, il apparaît de plus en plus clairement qu'une ventilation et une filtration de l'air améliorées peuvent réduire l'exposition des personnes et donc limiter la propagation ([Berry et al, 2022](#)).

Pour réduire le risque de voir apparaître de nouvelles maladies infectieuses, nous devons adopter une approche « Une seule santé » ([OHHLEP, 2022](#)). Dans ce cadre, il est considéré que la santé humaine fait partie du système écologique mondial ([Gibbs, 2014](#)), ce qui est essentiel pour limiter les risques de débordements zoonotiques susceptibles d'entraîner des flambées de maladies, des épidémies et des pandémies. Par exemple, le bétail devrait, dans la mesure du possible, être géré de façon à éviter les regroupements indus, car les animaux réunis dans des espaces restreints propagent rapidement les maladies. De même, il est préférable de maintenir un certain degré de séparation entre les humains et les animaux dont on sait qu'ils constituent un risque majeur de maladie. Parallèlement, une surveillance intégrée de la santé humaine et animale est notre meilleur espoir de repérer rapidement les débordements zoonotiques (voir Chapitre 5) ([Osman et al, 2021](#)).





Guatemala 2021 Une séance de mobilisation des communautés et de redevabilité à leur égard. Au Guatemala, 160,5 personnes sur 1000 ont été touchées par une catastrophe en 2020-2021, sans compter celles qui l'ont été par le Covid-19. © Hermanos Corallo

Quand des flambées de maladies se produisent, le mieux est de les maîtriser quand leur ampleur est encore limitée. Heureusement, nous disposons de nombreux moyens d'éviter qu'une petite flambée de maladie ne dégénère en épidémie ou en pandémie (voir Encadré 1.3, ÉTUDE DE CAS : L'épidémie de maladie du charbon qui n'a pas eu lieu). Prévenir une pandémie signifie être à même de détecter rapidement les flambées de maladies, de réduire la vulnérabilité générale, ou même de prévoir les flambées épidémiques (comme c'est parfois le cas pour le choléra ([Pasetto et al, 2017](#)) (voir Encadré 1.4 : Prévision et action anticipative). Suivant la maladie, il faudra combiner certaines des mesures suivantes :

- Surveillance épidémiologique renforcée, y compris surveillance à base communautaire et mécanismes pour identifier et informer les personnes à risque.
- Enquête rapide, recherche des cas contacts et dépistage actif.
- Tests pour dépister les cas d'infection.
- Traitement des malades, s'il est disponible, et/ou isolement.
- Mesures visant à réduire les risques pour les professionnels de santé et les personnes qui recourent aux services de santé.
- Mesures visant à informer les personnes à risque et à les aider à changer de comportement pour réduire les risques et la vulnérabilité, par exemple par un assainissement amélioré, une meilleure nutrition et l'isolement (le cas échéant).

Le rapport *Les épidémies auxquelles nous avons échappé* présente de nombreux exemples d'épidémies qui n'ont pas eu lieu grâce à une action rapide ([Resolve to Save Lives, 2022](#)). Dans un cas, un bateau de croisière naviguait au large de Rio de Janeiro (Brésil) le 14 décembre 2021. Plusieurs membres d'équipage ont commencé à souffrir de symptômes proches de ceux de la grippe. Plus de 3 500 personnes étaient à bord et potentiellement à risque. Trois jours plus tard, l'Agence nationale de veille sanitaire du Brésil (ANVISA) était informée que trois membres d'équipage avaient été testés positifs au virus de la grippe, et que 13 autres avaient été en contact avec au moins l'un d'entre eux. Les autorités de santé locales ont établi un centre d'intervention d'urgence. Le 18 décembre, des épidémiologistes de terrain sont montés à bord du navire pour collecter des échantillons, effectuer des tests de laboratoire et rechercher d'autres cas éventuels. Les personnes testées positives à la grippe ont quitté le navire et ont été isolées dans un hôtel, où elles ont fait l'objet d'un suivi quotidien. À bord du navire, les équipes ont encouragé la prise de mesures supplémentaires, dont le port obligatoire de masques et la distanciation physique, et diffusé des directives sanitaires. Une campagne de vaccination contre la grippe a été menée le 18 décembre. Dix jours après seulement, l'épidémie était déclarée jugulée. Aucun nouveau cas n'a été confirmé, il n'y a pas eu d'hospitalisations, et aucun passager n'a été infecté. Et la grippe ne s'est pas propagée à terre.

Nombre de ces piliers de la prévention des épidémies peuvent être adaptés et mis en place par les **acteurs locaux** dans les communautés à risque. Par exemple, début février 2022, des volontaires de la Croix-Rouge du village de Makuma en Sierra Leone ont relevé 32 cas de fièvre avec éruption cutanée rouge. Ces cas ont été rapidement signalés au centre de santé communautaire et au bureau de veille sanitaire du district. Les tests ont révélé que les malades souffraient de rougeole, ce qui a déclenché une campagne de vaccination ciblée à Makuma et dans les villages voisins – la maladie a ainsi été rapidement maîtrisée ([IFRC, 2022d](#)) (voir Chapitre 2).

ENCADRÉ 1.2 : PRÉVENIR LES FLAMBÉES DE MALADIES EN FOURNISSANT DE L'EAU SALUBRE

La Fédération internationale s'emploie à prévenir les flambées de maladies propagées par une eau sale et insalubre. Un meilleur accès à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène (WASH) pouvant réduire la propagation de maladies comme le choléra, elle a mis en place le programme « One WASH ». Le but est de fournir de l'eau potable et des services d'assainissement aux communautés actuellement vulnérables au choléra, afin de les protéger contre la maladie. En outre, des activités de vaccination sont menées dans le cadre de ce programme et la surveillance à base communautaire est stimulée de sorte que les épidémies puissent être détectées rapidement (IFRC, 2021f).

Dans le sillage de la pandémie de Covid-19, la Fédération internationale a entrepris d'étendre « One WASH » en vue d'endiguer de nombreuses maladies transmises par l'eau. Les programmes WASH peuvent réduire la propagation, non seulement du choléra, mais aussi de maladies comme la fièvre typhoïde, la shigellose et les diarrhées à rotavirus, pour n'en citer que quelques-unes. Si un financement et un soutien peuvent être garantis, la Fédération internationale prévoit d'étendre « One WASH » à jusqu'à cent pays. Des projets WASH similaires et des programmes analogues de lutte contre d'autres types d'agents pathogènes devraient être largement déployés.



Mozambique 2019 Des centaines de familles ont quitté leur foyer lors du passage du cyclone Idai afin de se mettre à l'abri dans des centres d'hébergement comme celui-ci. Les conditions sanitaires sont mauvaises, exposant les communautés au risque de contracter des maladies hydriques comme le choléra. Dans ces centres, les volontaires de la Croix-Rouge s'assurent que les communautés ont accès à de l'eau potable afin de prévenir d'éventuelles épidémies.
© Corrie Butler/IFRC

ENCADRÉ 1.3 / ÉTUDE DE CAS

L'ÉPIDÉMIE DE MALADIE DU CHARBON QUI N'A PAS EU LIEU

Le 15 août 2019, un volontaire de la Croix-Rouge du Kenya a reçu des nouvelles inquiétantes. À Narok, une ville proche de la réserve nationale du Massai Mara, un éleveur local et deux étudiants étaient tombés malades après avoir mangé de la viande de bœuf. Tous trois souffraient de la maladie du charbon.

Le volontaire avait été formé au système de surveillance à base communautaire de la Croix-Rouge du Kenya (IFRC, 2021b), auquel il a rapidement envoyé un message texte pour alerter son superviseur. Ce message a été transmis aux services locaux de santé publique et vétérinaire et au système national de surveillance.

Les volontaires ont une certaine connaissance des réalités locales en raison de leur engagement auprès des communautés. Ils ont indiqué que les éleveurs Massai savaient ce qu'est la maladie du charbon, mais que beaucoup doutaient du danger qu'elle représente.

Grâce à l'action rapide du volontaire et au système de surveillance à base communautaire, le superviseur et l'agent vétérinaire du gouvernement du comté ont mené une enquête sur la santé du bétail dans la zone. En l'espace de quelques jours, 10 600 bovins et 14 000 ovins ont été vaccinés.

Le gouvernement et la Croix-Rouge du Kenya n'ignoraient pas qu'ils avaient besoin de la confiance et la participation des agriculteurs locaux, et ont donc organisé des discussions communautaires. On a montré aux professeurs des écoles comment déceler les infections chez les enfants et signaler les maladies aux agents de santé publique ou aux volontaires. Parallèlement, des activités de sensibilisation, comprenant des émissions radiophoniques, des visites à domicile et des séances d'éducation communautaire, ont été menées dans le cadre du Programme de préparation des communautés aux épidémies et aux pandémies (CP3) de la Croix-Rouge du Kenya. Ces activités ont amélioré les connaissances de la communauté sur la santé, en particulier les moyens d'éliminer les carcasses d'animaux en toute sécurité et de signaler les maladies animales inhabituelles. Le travail de sensibilisation a été couronné de succès, au point que la communauté a reconnu les risques que présente la maladie du charbon, dont beaucoup doutaient auparavant. La communauté a mis la priorité sur les efforts d'atténuation et repris le financement de la vaccination de ses animaux.

Un peu plus d'un mois après l'incident initial, la situation était maîtrisée. Quatre cas chez l'homme et un décès ont été rapportés. De plus, la communauté était mieux préparée ([Resolve to Save Lives, 2021](#)).



Kenya 2019 Josphat est un volontaire de la Croix-Rouge issu d'une communauté masai du comté de Narok. Il aide à sensibiliser sa communauté à la prévention de maladies comme la maladie du charbon et le choléra et oriente les familles vers un hôpital afin qu'elles reçoivent les soins dont elles ont besoin. © Corrie Butler/IFRC

ENCADRÉ 1.4 : PRÉVISION ET ACTION ANTICIPATIVE

La disponibilité de données plus nombreuses et de meilleure qualité offre la possibilité de prévoir et d'agir à l'avance. Les actions anticipatives fondées sur les prévisions sont des éléments essentiels de l'action humanitaire au XXI^e siècle.

Beaucoup de catastrophes peuvent aujourd'hui être prévues à l'avance, avec des degrés divers de précision et de décalage dans le temps. Les sécheresses et les infestations acridiennes peuvent l'être des mois à l'avance, tandis que le passage d'un ouragan ne peut être anticipé que dans des délais de quelques jours au mieux. Ces prévisions permettent aux gouvernements et aux humanitaires d'agir avant que l'aléa ne se produise, et ainsi de sauver davantage de vies et de réduire les dommages à moindre coût. Par exemple, si un ouragan est annoncé, les communautés peuvent être évacuées vers des abris avant son arrivée – pour autant que des abris aient été construits et que les communautés aient une grande confiance dans les auteurs de la prévision ([IFRC, non daté a](#)).

Le moyen le plus simple de traduire une prévision en actes est de créer des alertes précoces. Les systèmes d'alerte au niveau national sauvent régulièrement des vies et devraient être renforcés, mais il est fréquent qu'ils n'atteignent que quelques communautés. Les systèmes d'alerte précoce multi-aléas à base communautaire sont essentiels, et de nombreuses Sociétés nationales ont aidé les populations locales à les établir. L'action locale est ce qu'il y a de mieux : les systèmes d'alerte précoce communautaires devraient tirer parti des connaissances, des compétences et de l'expérience locales, ainsi que de nouveaux types de données, et mobiliser les réseaux de volontaires pour faire en sorte que tout le monde soit prévenu quand des alertes sont émises (voir Chapitre 2). À cette fin, la Fédération internationale s'est jointe à des partenaires gouvernementaux et institutionnels pour créer le Partenariat pour des actions rapides prises en connaissance des risques (REAP), dont l'objectif est de mieux protéger un milliard de personnes des catastrophes d'ici à 2025 en augmentant le financement de l'action rapide, en améliorant les systèmes d'alerte précoce et en aidant les acteurs locaux à intervenir rapidement ([REAP, non daté](#)).

Les prévisions sont d'une plus grande utilité si elles conduisent à un éventail d'actions coordonnées. C'est ce que permettent les prévisions fondées sur les impacts, qui ne se limitent pas à annoncer quand un aléa va frapper et estiment les répercussions probables sur les personnes (Red Cross Red Crescent Climate Centre, 2020). La plateforme IFRC GO met en évidence les aléas anticipés et fournit des informations sur le nombre de personnes et les biens essentiels qui se trouvent sur leur passage. Aux fins de la planification à plus long terme, elle contient aussi des informations sur les actions anticipatives que les communautés peuvent engager pour atténuer les risques associés à des aléas spécifiques ([IFRC GO, non daté a](#)).

Au moyen de l'action fondée sur les prévisions du Fonds d'urgence pour l'intervention en cas de catastrophe (DREF), la Fédération internationale assure aux Sociétés nationales un financement dédié, destiné à les aider à prendre des mesures avant qu'une catastrophe ne survienne ([IFRC, non daté b](#)). Le mécanisme est un exemple de financement fondé sur les prévisions ([Forecast-Based Financing, non daté](#)). Il s'appuie sur les prévisions météorologiques et d'autres analyses des risques pour déterminer si un aléa est imminent, et des fonds sont débloqués automatiquement si tel est le cas. Parallèlement, les Sociétés nationales disposent de protocoles d'action précoce qui sont activés en réponse à des déclencheurs spécifiques, débloquant des fonds au titre de l'action fondée sur les prévisions du DREF.

En ce qui concerne les maladies, la prévision n'en est malheureusement qu'à ses débuts. Certaines maladies font preuve de régularité : de nombreux pays vivent chaque hiver une épidémie de grippe. Toutefois, prévoir des épidémies reste difficile. À ce jour, les flambées de quelques maladies seulement, dont le choléra ([Pasetto et al, 2018](#)) et la dengue ([Hii et al, 2012](#)), ont été prédites correctement. Néanmoins, l'action anticipative est possible : de nombreux protocoles d'action précoce comprennent des actions rapides visant à prévenir les flambées de maladies que peuvent provoquer des phénomènes tels que des inondations ou des vagues de chaleur.

1.3.2 Se préparer à tous les niveaux à tous les impacts majeurs de chaque risque pour la santé

Malheureusement, la prévention a ses limites. Malgré tous les efforts déployés, des flambées de maladies surviendront inévitablement et certaines évolueront vers des urgences sanitaires plus étendues telles que des épidémies.

Il est donc nécessaire de stimuler la préparation. Nous devons nous investir dans la préparation à tous les niveaux, du plus haut niveau du gouvernement à la plus petite des communautés locales (voir Chapitre 2). Une chaîne a la force de son maillon le plus faible : si un pays fait en sorte que ses ministères soient préparés aux flambées de maladies, mais néglige les communautés **locales**, il peinera à faire face à une flambée de maladie. Il est donc nécessaire de veiller à ce que la préparation des communautés reçoive autant de soutien que la préparation à d'autres niveaux de la société ([IFRC, 2021c](#)) :

- **Communautés.** Il est capital que les communautés possèdent les connaissances et les compétences nécessaires pour prendre des mesures préventives, qu'il s'agisse d'alerter les professionnels de la santé sur une flambée de maladie ou d'organiser une évacuation avant l'arrivée d'un ouragan. Il faut à cette fin renforcer les connaissances des communautés sur les maladies à tendance épidémique et les moyens de prévenir les épidémies et de s'y préparer, ce qui passe par la coordination avec les parties prenantes locales. Nous devons aussi inciter les communautés à participer aux activités de santé telles que les campagnes de vaccination du gouvernement.
- **Intervenants de première ligne autorisés.** Les acteurs locaux et les organisations d'aide humanitaire, comme les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ont un rôle immense à jouer en aidant les communautés à faire face aux flambées de maladies. Dans certains endroits, ils sont les principaux prestataires de soins de santé dont ils gèrent toutes les composantes, des banques de sang à la santé mentale et au soutien psychosocial. Il est essentiel d'évaluer leurs capacités régulièrement. Il faut aussi leur assurer une base solide au moyen de mécanismes de financement stable qui leur permettent de retenir le personnel et de constituer des stocks de ressources.
- **Autres parties prenantes clés.** Les flambées de maladies et autres aléas ne font pas que menacer des vies : ils peuvent ébranler de nombreux aspects d'une société, de la production alimentaire à l'éducation (voir Chapitre 4). Pour réduire au minimum ces incidences néfastes, il est primordial que les agents de la préparation repèrent à l'avance les parties prenantes compétentes. Certaines seront des experts techniques, mais il y aura aussi des responsables locaux, des propriétaires d'entreprises privées, et d'autres. Le secteur privé a un rôle déterminant à jouer en matière de préparation : il peut fournir des fonds, de l'expertise technique, des technologies et des données utiles, et être une source de solidarité. De même, les médias sont essentiels pour diffuser des messages de santé publique.

L'objectif d'ensemble doit être le renforcement des systèmes de santé, c'est-à-dire l'amélioration des systèmes de soins de santé des pays. L'OMS indique que le renforcement des systèmes de santé vise à créer « un système de santé qui fonctionne bien et en harmonie, qui repose sur des agents de santé formés et motivés, une infrastructure bien entretenue et un approvisionnement fiable en médicaments et technologies, le tout soutenu par un financement adéquat, des plans de santé solides et des politiques fondées sur des éléments factuels ». La couverture sanitaire universelle, qui vise à faire en sorte que tout le monde, dans un pays, ait accès aux services de santé, est une composante indispensable du renforcement des systèmes de santé (voir Chapitre 2).

Il est capital, en prévision des situations d'urgence comme les flambées de maladie, de conduire régulièrement des exercices pratiques. Les formations et simulations fréquentes permettent aux équipes d'intervention de repérer à l'avance les défauts de leurs plans et donc d'y remédier.

Il est essentiel également de renforcer la confiance des communautés dans le système de santé avant qu'une épidémie ne survienne. De nombreuses personnes éprouvent de la défiance envers les autorités de leur pays, ont vécu des expériences négatives des services de santé ou nourrissent des croyances culturelles profondément ancrées qui peuvent les dissuader de demander une assistance. Surmonter ces obstacles à la confiance prend du temps et les efforts à cette fin doivent être engagés dans des conditions « normales » et non être négligés jusqu'à ce qu'une situation d'urgence survienne (voir Chapitre 2).



Philippines 2021 Des volontaires de la Croix-Rouge philippine se sont rendus dans les zones reculées pour fournir des services mobiles de vaccination contre le Covid-19 et s'assurer ainsi que personne n'est laissé pour compte. Les volontaires répondent patiemment aux inquiétudes et aux craintes des gens concernant le vaccin. © France Noguera

Enfin, nous devons nous rappeler que les répercussions d'une urgence sanitaire vont au-delà des conséquences sanitaires immédiates – et donc élaborer des plans qui couvrent **toutes** les incidences majeures. La pandémie de Covid-19 est à sa racine une crise sanitaire, mais ses répercussions ne sont pas limitées à celles du coronavirus sur la santé. Elle a porté atteinte aux moyens de subsistance et à la santé mentale des personnes, et nuï à l'éducation des enfants. Les pays qui y ont riposté avec succès l'ont fait en partie en fournissant des médicaments et des vaccins, mais aussi en apportant des aides financières et d'autres formes d'assistance. Dans la plupart des pays, les préjudices socio-économiques de la pandémie ont creusé les inégalités sociales. Pour prévenir ces résultats injustes lorsque des aléas frapperont dans l'avenir, nous devons élaborer des ripostes qui couvrent tous les besoins des personnes. Il est donc essentiel de se préparer aux répercussions socio-économiques des aléas, par exemple à fournir des soins à domicile pendant les périodes d'isolement des personnes qui ont besoin d'une assistance régulière. Il est essentiel aussi de mettre au point des formes numériques d'assistance, qui puissent être déployées à grande échelle (voir Encadré 1.5 : Les nombreuses utilisations des technologies numériques). Plus généralement, il est capital de renforcer les systèmes de protection sociale, car ils peuvent aider les personnes à faire face à de nombreux types de catastrophes (voir Chapitre 4).

ENCADRÉ 1.5 : LES NOMBREUSES UTILISATIONS DES TECHNOLOGIES NUMÉRIQUES

Le Covid-19 a posé aux intervenants des défis sans précédent, qu'ils ont souvent résolus en recourant à des approches numériques. L'assistance en ligne connaissait déjà un succès grandissant des années avant l'apparition du Covid-19, mais la pandémie en a considérablement amplifié l'utilisation. À cause des restrictions de déplacement, il était difficile, voire impossible, d'atteindre les personnes les plus vulnérables. Ces restrictions ont aussi exacerbé les vulnérabilités, en coupant les personnes de leurs moyens de subsistance, de leurs amis et de leur famille – il était donc plus urgent que jamais de leur faire parvenir une aide.

De nombreuses formes d'assistance sanitaire ont été fournies en ligne pendant la pandémie. Dans de nombreux pays, les services de santé se sont tournés vers des systèmes de réservation en ligne pour réduire l'affluence dans les centres de soins. Les volontaires de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui auparavant se rendaient au domicile des personnes vulnérables ont poursuivi leurs activités par téléphone ou en envoyant des messages textes. La formation a été assurée en ligne. Le passage aux solutions numériques a été un exemple d'adaptabilité et a clairement atténué certains des pires préjugés liés à la pandémie, notamment psychologiques et socio-économiques. Les approches numériques sont un élément clé des futures interventions humanitaires. Le réseau de la Fédération internationale propose aujourd'hui plusieurs applications pour smartphones, qui offrent des conseils en matière de premiers secours, aident les personnes à se préparer à des situations d'urgence telles que l'arrivée d'un ouragan ([American Red Cross, non daté](#)), et même fournissent une boîte à outils pour la lutte contre les épidémies ([IFRC, non daté c](#)).

Toutefois, l'assistance en ligne n'est pas toujours la meilleure solution ni même un moyen envisageable de remplacer l'assistance en personne. Tel est le cas notamment en ce qui concerne la santé mentale et le soutien psychosocial. Durant la pandémie, quand la circulation des personnes était restreinte, le personnel de la Fédération internationale a fourni des services de soutien psychologique par téléphone ou chats vidéo ([IFRC Psychosocial Centre, 2020](#)). Néanmoins, selon un rapport de la Fédération internationale publié en 2020, « le soutien à distance ne peut pas remplacer les services qui sont fournis en présentiel ». Les preuves de l'efficacité des services de santé mentale et de soutien psychosocial assurés à distance restent limitées, et la présence physique d'une autre personne est un avantage en soi ([IFRC, 2020b](#)).

L'un des inconvénients majeurs de l'assistance en ligne est qu'elle exclut ceux qui n'ont pas d'accès numérique ou qui ne sont pas à l'aise avec les outils numériques ([IFRC, 2018](#)). C'est un manque flagrant **d'équité** parce que ce sont souvent les plus pauvres et les plus vulnérables qui sont coupés du monde numérique. Dans un rapport publié en 2021, la Fédération internationale relève que les migrants ont souvent été victimes d'exclusion numérique pendant la pandémie ([Red Cross Red Crescent Global Migration Lab, 2021](#)). En Égypte, les processus d'émission et de renouvellement en ligne des permis de séjour n'étaient pas accessibles à tous. Bien que le gouvernement ait décidé de ne pas imposer d'amendes pour les permis de séjour expirés et de prolonger la période de renouvellement, les migrants sans accès numérique ne pouvaient pas payer leurs factures ou recevoir une assistance. D'autres étaient réticents à utiliser l'Internet : la sécurité psychologique numérique est un facteur important, lié aux compétences numériques, à la **confiance** et à la protection.

Pour combattre l'exclusion numérique, les gouvernements doivent renforcer l'accès à la téléphonie mobile/l'Internet et les compétences ou l'assistance numériques en particulier pour les communautés isolées et les personnes vulnérables. Cela est essentiel pour veiller à ce que ces groupes ne soient pas laissés de côté par la révolution numérique.

“

**La communauté internationale
n'a pas empêché la flambée
de Covid-19 de dégénérer en
pandémie. Le coût mondial de
cet échec a été immense.**

”



1.3.3 Prévention et préparation multi-aléas

Pour finir, que doivent faire les sociétés pour se préparer à un monde multi-aléas ? En quoi la préparation multi-aléas diffère-t-elle de la préparation aux urgences sanitaires ou aux tremblements de terre ?

Pour faire bref, la préparation multi-aléas passe par des systèmes intégrés. Les équipes d'intervenants formés uniquement à riposter à une flambée de coronavirus ou à agir à la suite d'un tsunami ne seront pas en mesure de faire face. Elles doivent plutôt avoir une grande variété de compétences. Les spécialistes et les experts sont toujours essentiels, mais ils doivent apprendre à travailler au sein d'équipes intégrées. **Confiance** et **équité** sont les maîtres-mots : chaque membre de ces équipes doit respecter les compétences de tous les autres membres. Cette intégration doit avoir lieu aux niveaux national, local et organisationnel.

Il est capital de faire tomber les barrières entre la gestion des risques de catastrophe et la santé publique. Ces deux domaines ont souvent été cloisonnés, ce qui a limité leur efficacité. En réalité, ils sont fortement interconnectés. Par exemple, les inondations ne font pas qu'accroître les risques de noyade, de dommages et de pertes ; elles sont aussi porteuses de maladies transmises par l'eau. À nouveau, une approche « Une seule santé », qui considère la santé humaine comme une composante d'un système écologique plus vaste, doit être validée (voir Encadré 1.6 : La préparation multi-aléas en action).

Pour créer des équipes intégrées, il est nécessaire d'augmenter les effectifs de personnel et les ressources des équipes d'intervention en cas de catastrophe et des équipes de santé – en particulier au niveau des communautés. Les soins de santé primaires, notamment, doivent être considérablement améliorés. Gérer les hôpitaux et autres centres de santé au maximum de leur capacité en temps normal est une erreur parce qu'il n'y a pas de capacité de réserve pour faire face aux crises. La recherche de l'efficacité, souvent menée au nom de la compression des coûts, a réduit la résilience du système. Qui plus est, le manque d'effectifs signifie que les membres des équipes n'ont pas la possibilité d'acquérir de nouvelles compétences ou d'améliorer leurs processus (voir Chapitre 5). La même logique s'applique aux centres de santé communautaires et autres **acteurs locaux**. Le mieux est de constituer ces équipes et leurs ressources lorsque tout va bien. De cette façon, elles ont de grandes chances d'être préparées quand viennent les temps difficiles.

Les exercices de formation doivent être centrés sur la préparation multi-aléas. Un pays peut être fortement exposé aux risques sismiques du fait de sa situation géographique, auquel cas il faudra former les intervenants à ce type de phénomène. Toutefois, les intervenants devront être formés aussi à faire face aux menaces « génériques » comme la grippe, peut-être moins proéminentes, mais tout à fait plausibles (voir Encadré 1.7, ÉTUDE DE CAS : Comment le Panama a géré un ouragan au plus fort de la pandémie).

ENCADRÉ 1.6 : PRÉPARATION MULTI-ALÉAS EN ACTION

La préparation pour des interventions efficaces est un dispositif de la Fédération internationale qui aide les Sociétés nationales à améliorer leur préparation. Le dispositif est efficace, en partie, parce qu'il met en avant la préparation multi-aléas. Il aide les Sociétés nationales à évaluer la mesure dans laquelle elles sont préparées à différents aléas, à mettre en évidence les domaines à améliorer, et à élaborer et mettre en œuvre un plan de renforcement de leur préparation. À tous les stades, le processus met l'accent sur la coordination avec les partenaires des Sociétés nationales, des intervenants au niveau communautaire au secteur privé et aux autorités (IFRC, 2019).



Panama 2021 En juillet, de fortes pluies se sont abattues sur plusieurs provinces du Panama, provoquant de graves inondations et des glissements de terrain, détruisant des habitations et forçant des milliers de personnes à se déplacer. La Croix-Rouge du Panama a mobilisé des volontaires pour venir en aide à plus de 800 familles (4 000 personnes) dans les communes les plus touchées de Bocas del Toro. © Bienvenido Velasco

ENCADRÉ 1.7 / ÉTUDE DE CAS

COMMENT LE PANAMA A GÉRÉ UN OURAGAN AU PLUS FORT DE LA PANDÉMIE

Début novembre 2020, l'ouragan Eta a dévasté une partie de l'Amérique centrale après avoir touché terre en catégorie 4. Cette tempête, la deuxième la plus violente de la saison des ouragans 2020 dans l'Atlantique, a semé la destruction dans de nombreux pays ([IFRC, 2021a](#)).

Au Panama, Eta a provoqué des glissements de terrain, des inondations et des vents violents. Des milliers de personnes ont dû quitter leur logement.

La situation était potentiellement désastreuse parce que l'ouragan a frappé au plus fort de la pandémie de Covid-19. C'était un exemple de la manière dont, de plus en plus, les aléas se chevauchent et se renforcent mutuellement. Le Panama, déjà aux prises avec une maladie infectieuse dangereuse contre laquelle il n'y avait pas encore de vaccin, devait aussi faire face à un ouragan.

La propagation accrue du Covid-19 était une répercussion possible. Les mesures de prévention, telles que la distanciation physique, étaient plus difficiles à mettre en place dans les abris et autres lieux d'évacuation ([IFRC, 2020a](#)).

La Croix-Rouge du Panama a mis en œuvre l'approche Préparation pour des interventions efficaces pour la première fois. L'évaluation détaillée des processus que comprend cette approche lui avait permis de répertorier les faiblesses d'interventions passées et d'y remédier. Les domaines à améliorer étaient notamment la logistique, la communication et la coordination avec d'autres acteurs. En collaborant étroitement avec des personnalités gouvernementales telles que les maires, et d'autres acteurs, la Société nationale a obtenu des installations essentielles comme des espaces de stockage dont elle ne disposait pas auparavant.

Grâce à ces améliorations, la Croix-Rouge du Panama a pu fournir des services d'importance cruciale comme l'accès à l'hygiène et à l'eau potable, ce qui a probablement réduit les risques d'infection par le Covid-19 ou d'autres maladies comme le choléra ([Acosta, 2021](#)).

L'expérience de la Croix-Rouge du Panama montre qu'il est possible d'intervenir efficacement même quand des catastrophes se superposent. Une préparation et une coordination méticuleuses sont indispensables à cette fin.



RECOMMANDATIONS CLÉS

Prévenir autant que possible les flambées de maladies. Il est à noter que le rythme auquel de nouvelles maladies passent de l'animal à l'homme peut être ralenti au moyen de l'approche « Une seule santé », par exemple la surveillance intégrée de la santé animale et de la santé humaine. Parallèlement, des mesures de santé publique telles qu'un assainissement et une nutrition améliorés, une meilleure qualité de l'air (obtenue par la ventilation par exemple), et la vaccination (si elle est disponible) peuvent aider à contenir les flambées de maladies. Les communautés doivent être associées à la conception et à la mise en œuvre de ces programmes.

Renforcer les systèmes de santé avant que des flambées de maladies se produisent, pour éviter qu'une crise ne dégénère en épidémie ou en pandémie. Il est essentiel de renforcer les systèmes de santé pour favoriser des interventions rapides et efficaces. L'alerte précoce/l'action rapide sont capitales. Elles sont le plus efficaces quand une présence et une surveillance sont assurées en permanence au niveau communautaire. Des stratégies comme la recherche des cas contacts, le dépistage et les traitements préventifs peuvent ralentir la propagation d'une maladie et améliorer l'état de santé des personnes. Elles doivent être complétées par d'autres interventions de santé publique telles que l'isolement (bien accepté), le lavage des mains et le port du masque.

Les autorités nationales et locales devraient élaborer des plans de préparation coordonnés au niveau national. Les plans de préparation doivent couvrir toute la société, des communautés et des acteurs locaux aux systèmes de santé et aux ministères. Il est essentiel de mettre en place des mécanismes de coordination et de bien définir les rôles et responsabilités, afin que ces acteurs puissent travailler ensemble efficacement et en bonne harmonie. Une formation régulière est indispensable à cette fin. Il faut aussi renforcer les capacités des acteurs locaux qui n'ont pas jusque-là bénéficié d'un soutien suffisant (voir Chapitre 2).

Favoriser la préparation multi-aléas en constituant des équipes intégrées. Le risque de flambées de maladies augmente, tout comme celui d'autres aléas tels que les ouragans et les sécheresses. Pour devenir résilientes, les sociétés doivent investir dans la préparation multi-aléas. Il est indispensable à cette fin d'établir, en particulier au niveau communautaire, des équipes d'intervention intégrées dotées des connaissances et des ressources nécessaires pour faire face à des aléas multiples et même concomitants. Un accès accru aux outils et aux compétences numériques permettra à un plus grand nombre de personnes de bénéficier d'une aide en ligne.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Acosta O (2021) *A more effective response is possible*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. <https://www.ifrc.org/article/more-effective-response-possible>

American Red Cross (no date) *Red Cross Mobile Apps and Voice-Enabled Skills/Actions*. <https://www.redcross.org/get-help/how-to-prepare-for-emergencies/mobile-apps.html>

Amoli S and Jones E (2022) Lessons from drought response in Afghanistan. *Forced Migration Review*, 69. <https://www.fmreview.org/climate-crisis/amoli-jones>

Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20, pp. 193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

BBC News (2021) *Cyclone Yaas : Severe storm lashes India and Bangladesh*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>

BBC News (2022) *Tonga enters Covid lockdown after aid delivered*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>

Bernstein AS et al (2022) The costs and benefits of primary prevention of zoonotic pandemics. *Science Advances*, 8 (5), eabl4183. <https://doi.org/10.1126/sciadv.abl4183>

Berry G et al (2022) A review of methods to reduce the probability of the airborne spread of COVID-19 in ventilation systems and enclosed spaces. *Environmental Research*, 203, 111765. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111765>

Biehl J et al (2021) Supreme Court v. Necropolitics: The Chaotic Judicialization of COVID-19 in Brazil. *Health and Human Rights Journal*, 23 (1), pp. 151–62. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8233022/>

Blanc J et al (2020) Conflict Zones in the Time of Coronavirus: *War and War by Other Means*. Carnegie Endowment for International Peace. <https://carnegieendowment.org/2020/12/17/conflict-zones-in-time-of-coronavirus-war-and-war-by-other-means-pub-83462>

Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. *The Lancet Infectious Diseases*, 20 (7), pp. 785 – 6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30501-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30501-6)

Center for Disaster Philanthropy (2022) *2022 Afghanistan Earthquake*. <https://disasterphilanthropy.org/disasters/2022-afghanistan-earthquake/>

Chen H et al (2021) A cross-country core strategy comparison in China, Japan, Singapore and South Korea during the early COVID-19 pandemic. *Global Health*, 17, 22. <https://doi.org/10.1186/s12992-021-00672-w>

Cohen J and van der Meulen Rodgers Y (2020) Contributing factors to personal protective equipment shortages during the COVID-19 pandemic. *Preventive Medicine*, 141, 106263. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2020.106263>

Corwin A. et al (2021) The Impact of Preparedness in Defying COVID-19 Pandemic Expectations in the Lower Mekong Region: A Case Study. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104 (4), pp. 1519–25. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-1499>

Cutler DM and Summers LH (2020) The COVID-19 Pandemic and the \$16 Trillion Virus. *JAMA*, 324 (15), pp. 1495–6. <https://10.1001/jama.2020.19759>

Davies M and Furneaux R (2021) *Oxygen shortages threaten 'total collapse' of dozens of health systems*. The Guardian, 25 May 2021. <https://www.theguardian.com/global-development/2021/may/25/oxygen-shortages-threaten-total-collapse-of-dozens-of-health-systems>

Dyer C (2021) Covid-19: Government wasted millions on poor quality PPE, spending watchdog finds. *BMJ*, 372, n399. <https://doi.org/10.1136/bmj.n399>

Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) *Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh*. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>

EM-DAT (No date) <https://www.emdat.be/>

Faller M (2020) *The story of a resolution in the time of COVID-19*. Red Cross and Red Crescent Statutory Meetings blog. <https://rcrcconference.org/blog-stories/story-of-resolution-during-covid19/>

Finset A et al (2020) Effective health communication—a key factor in fighting the COVID-19 pandemic. *Patient Education and Counseling*, 103 (5), pp. 873–6. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.03.027>

Forecast-Based Financing (no date) <https://www.forecast-based-financing.org/>

Gannon K (2022) *New COVID-19 Wave Batters Afghanistan's Crumbling Health Care*. The Diplomat, 9 February 2022. <https://thediplomat.com/2022/02/new-covid-19-wave-batters-afghanistans-crumbling-health-care/>

Gibb R et al (2020) Zoonotic host diversity increases in human-dominated ecosystems. *Nature*, 584, pp. 398 – 402. <https://doi.org/10.1038/s41586-020-2562-8>

Gibbs EPJ. (2014) The evolution of One Health: a decade of progress and challenges for the future. *Veterinary Record*, 174 (4), pp. 85–91. <https://doi.org/10.1136/vr.g143>

Gopinath G (2022) *A Disrupted Global Recovery*. IMF Blog, 25 January 2022. <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/01/25/blog-a-disrupted-global-recovery>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2020) *A world in disorder: Global Preparedness Monitoring Board annual report 2020*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2020>

GPMB (Global Preparedness Monitoring Board) (2021) *From Worlds Apart to a World Prepared: Global Preparedness Monitoring Board report 2021*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/annual-report-2021>

Hatcher W (2020) A Failure of Political Communication Not a Failure of Bureaucracy: The Danger of Presidential Misinformation During the COVID-19 Pandemic. *The American Review of Public Administration*, 50 (6–7), pp. 614–20. <https://doi.org/10.1177/0275074020941734>

Hii YL et al (2012) Forecast of dengue incidence using temperature and rainfall. *PLoS Neglected Tropical Diseases*, 6 (11), e1908. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0001908>

Hyland-Wood B et al (2021) Toward effective government communication strategies in the era of COVID-19. *Humanities & Social Science Communications*, 8, 30. <https://doi.org/10.1057/s41599-020-00701-w>

Ibrahimi SS and Safi N (2020) *Coping with COVID-19 and Conflict in Afghanistan*. NYU Center on International Cooperation. <https://cic.nyu.edu/sites/default/files/coping-with-covid19-conflict-afghanistan.pdf>

IFRC (2018) *World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people*. <https://www.ifrc.org/fr/media/49578>

IFRC (2019) *Preparedness for Effective Response leaflet*. <https://www.ifrc.org/document/preparedness-effective-response-leaflet>

IFRC (2020a) "IFRC concerned about impact of Hurricane Eta on coronavirus transmission." <https://www.ifrc.org/article/ifrc-concerned-about-impact-hurricane-eta-coronavirus-transmission>

IFRC (2020b) *"The greatest need was to be listened to": The importance of mental health and psychosocial support during COVID-19. Experiences and recommendations from the International Red Cross and Red Crescent Movement*. <https://www.ifrc.org/document/importance-mental-health-and-psychosocial-support-during-covid-19>

IFRC (2020c) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/fr/media/8968>

IFRC (2021a) "Communities affected by Hurricanes Eta and Iota are threatened by food insecurity, displacement and the climate crisis." <https://www.ifrc.org/press-release/communities-affected-hurricanes-eta-and-iota-are-threatened-food-insecurity>

IFRC (2021b) *Case study: One Health in Action, Kenya Red Cross*. <https://www.ifrc.org/document/case-study-one-health-action-kenya-red-cross>

IFRC (2021c) *Global Health Security*. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-07/IFRC-GHS_July2021-2.pdf

IFRC (2021d) *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery*. https://www.ifrc.org/fr/media/13492_h

IFRC (2021e) *More than 139 million people hit by climate crisis and COVID-19, new IFRC analysis reveals*. <https://www.ifrcnewsroom.org/story/en/323/more-than-139-million-people-hit-by-climate-crisis-and-covid-19-new-ifrc-analysis-reveals/2577>

IFRC (2021f) *One WASH: Integrated Public Health, Water, Sanitation and Hygiene for Cholera Elimination*. <https://www.ifrc.org/document/one-wash>

IFRC (2022a) *Afghanistan: Unending crises driving millions to breaking point*. <https://www.ifrc.org/fr/press-release/afghanistan-les-crisis-incessantes-conduisent-millions-personnes-au-point-rupture>

IFRC (2022b) *Everyone Counts: COVID-19: Nobody is safe until everybody is safe*. Forthcoming

IFRC (2022c) *National Societies Preparedness and COVID-19 Response: Lessons for strengthening National Society response capacity*. Available on request.

IFRC (2022d) *Sierra Leone: Early detection and early response to curb the spread of measles. Epidemic Preparedness and Response, Monthly Update #23*. <https://us20.campaign-archive.com/?u=edcc154b37e4fb111d2e7af3a&id=ec99d49253>

IFRC (2022e) *Afghanistan: Humanitarian Crisis Operation Update #6 Emergency Appeal no. MDRAF007*. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-crisis-operation-update-6-emergency-appeal-no-mdraf007>

IFRC (no date a) *Early warning, early action*. <https://www.ifrc.org/fr/notre-travail/catastrophes-climat-et-crisis/reduction-risques-catastrophes-climatiquement-2>

IFRC (no date b) *Forecast-based action*. <https://www.ifrc.org/fr/actualite/urgences/pilier-anticipatif-du-dref>

IFRC (no date c) *Epidemic Control Toolkit*. <https://epidemics.ifrc.org/fr>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) *Central America: Hurricanes Eta and Iota*. <https://go.ifrc.org/emergencies/4889#details>

IFRC Psychosocial Centre (2020) *Remote Psychological First Aid during COVID-19*. <https://pscentre.org/?resource=remote-psychological-first-aid-during-covid-19-may-2020&selected=single-resource>

IFSPC (Integrated Food Security Phase Classification) (2021) *Afghanistan IPC Acute Food Insecurity Analysis: September 2021 - March 2022 (Issued in October 2021)*. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-ipc-acute-food-insecurity-analysis-september-2021-march-2022-issued>

Imai N et al (2022) *COVID-19 in Japan, January–March 2020: insights from the first three months of the epidemic*. *BMC Infectious Diseases*, 22, 493. <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07469-1>

IPBES (Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) (2020) *Workshop Report on Biodiversity and Pandemics of the Intergovernmental Platform on Biodiversity and Ecosystem Services*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4147317>

IPCC (2022) *Climate Change 2022: Impacts, Adaptation and Vulnerability. Contribution of Working Group II to the Sixth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*. <https://doi.org/10.1017/9781009325844.001>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

Jacobzone S et al (2022) *Building resilience to the Covid-19 pandemic: the role of centres of government*. Organisation for Economic Co-operation and Development. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/accroitre-la-resilience-face-a-la-pandemie-de-covid-19-le-role-des-centres-de-gouvernement-7c177686/>

Johnston A (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. Available on request.

Kapucu N and Hu Q (2022) An Old Puzzle and Unprecedented Challenges: Coordination in Response to the COVID-19 Pandemic in the US. *Public Performance & Management Review*, 45(4), pp. 773–98. <https://doi.org/10.1080/15309576.2022.2040039>

Kunicova J (2020) *Driving the COVID-19 Response from the Center: Institutional Mechanisms to Ensure Whole-of-Government Coordination*. *Governance and Institutions Responses to COVID-19*. <https://documents.banquemondiale.org/fr/publication/documents-reports/documentdetail/944721604613856580/driving-the-covid-19-response-from-the-center-institutional-mechanisms-to-ensure-whole-of-government-coordination>

Lee JS et al (2021) Analysis of the initial lot of the CDC 2019–Novel Coronavirus (2019-nCoV) real-time RT-PCR diagnostic panel. *PLoS ONE*, 16(12): e0260487. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260487>

Mahase E (2022) Covid-19: Oxygen shortages two years into pandemic highlight pre-covid failures, says WHO. *BMJ*, 376, n829. <https://doi.org/10.1136/bmj.o829>

Malecki KMC et al (2021) Crisis Communication and Public Perception of COVID-19 Risk in the Era of Social Media. *Clinical Infectious Diseases*, 72(4), pp. 697–702. <https://doi.org/10.1093/cid/ciaa758>

Marani M et al (2021) Intensity and frequency of extreme novel epidemics. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 118(35), e2105482118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2105482118>

Mheidly N and Fares J (2020) Leveraging media and health communication strategies to overcome the COVID-19 infodemic. *Journal of Public Health Policy*, 41, pp. 410–20. <https://doi.org/10.1057/s41271-020-00247-w>

Natoli L et al (2020) Mongolia Red Cross Society, influenza preparedness planning and the response to COVID-19: the case for investing in epidemic preparedness. *Western Pacific Surveillance and Response*, 11(4), 2. <https://doi.org/10.5365/wpsar.2020.11.2.013>

NIOSH (The National Institute for Occupational Safety and Health) (no date) *Hierarchy of Controls*. <https://www.cdc.gov/niosh/topics/hierarchy/default.html>

Oliver D (2021) Covid-19: NHS trusts deny restricting PPE during pandemic. *BMJ*, 372, n442. <https://doi.org/10.1136/bmj.n442>

OHHLEP (One Health High-Level Expert Panel) et al (2022) One Health: A new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*, 18(6), e1010537. <https://doi.org/10.1371/journal.ppat.1010537>

Osman Y et al (2021) Integrated community based human and animal syndromic surveillance in Adadle district of the Somali region of Ethiopia. *One Health*, 13, 100334. <https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2021.100334>

Palma-Oliveira J et al (2021) Why Did Risk Communication Fail for the COVID-19 Pandemic, and How Can We Do Better? In: Linkov I, Keenan JM, Trump BD (eds) *COVID-19: Systemic Risk and Resilience. Risk, Systems and Decisions*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-71587-8_12

Pasetto D et al (2017) Real-time projections of cholera outbreaks through data assimilation and rainfall forecasting. *Advances in Water Resources*, 108, pp. 345–56. <https://doi.org/10.1016/j.adwatres.2016.10.004>

Pasetto D et al (2018) Near real-time forecasting for cholera decision making in Haiti after Hurricane Matthew. *PLoS Computational Biology*, 14(5), e1006127. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1006127>

Pelling M et al (2021) Synergies Between COVID-19 and Climate Change Impacts and Responses. *Journal of Extreme Events*, 8, 3, 2131002. <https://doi.org/10.1142/S2345737621310023>

REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (no date) <https://www.early-action-reap.org/>

Red Cross Red Crescent Climate Centre (2020) *The Future of Forecasts: Impact-based Forecasting for Early Action*. <https://www.ifrc.org/document/future-forecasts-impact-based-forecasting-early-action>

Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021) *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery*. <https://www.ifrc.org/document/locked-downleft-out>

Resolve to Save Lives (2021) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen-2021/>

Resolve to Save Lives (2022) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/epidemics-that-didnt-happen/>

Reuters (no date) *COVID-19 vaccination tracker*. <https://graphics.reuters.com/world-coronavirus-tracker-and-maps/vaccination-rollout-and-access/>

Romanello M et al (2022) The 2022 report of the Lancet Countdown on health and climate change: health at the mercy of fossil fuels. *The Lancet*, 400(10363), pp. 1619–54. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01540-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01540-9)

Rücker F et al (2021) From chaos to control – experiences of healthcare workers during the early phase of the COVID-19 pandemic: a focus group study. *BMC Health Services Research*, 21, 1219. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07248-9>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Saracci R (2020) Prevention in COVID-19 time: from failure to future. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 74, pp. 689–91. <https://jech.bmj.com/content/74/9/689>

Sepúlveda J et al (2006) Cholera in Mexico: The paradoxical benefits of the last pandemic. *International Journal of Infectious Diseases*, 10(1), pp. 4–13. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2005.05.005>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. *Journal of the Royal Society Interface*, 11, 20140950. <https://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

Smolinski M (2021) Preventing the next pandemic. *Stanford Social Innovation Review*, 20(1), pp. 55–6. <http://endingpandemics.org/wp-content/uploads/2022/06/Preventing-the-Next-Pandemic-2.pdf>

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022a) Afghanistan Humanitarian Needs Overview 2022 (January 2022). <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-humanitarian-needs-overview-2022-january-2022>

UN OCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) (2022b) *Afghanistan: Earthquake Response Situation Report No. 3 (26 August 2022)*. <https://reliefweb.int/report/afghanistan/afghanistan-earthquake-response-situation-report-no-3-26-august-2022>


von Tigerstrom B and Wilson K (2020) COVID-19 travel restrictions and the International Health Regulations (2005). *BMJ Global Health*, 5(5), e002629. <https://doi.org/10.1136/bmjgh--2020-002629>

WHO (World Health Organization) (2018) *Managing epidemics: Key factors about major deadly diseases*. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

World Bank (2017) *From panic and neglect to investing in health security: financing pandemic preparedness at a national level (English)*. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/979591495652724770/from-panic-and-neglect-to-investing-in-health-security-financing-pandemic-preparedness-at-a-national-level>

Zhang L et al (2020) *Effective Risk Communication for Public Health Emergency: Reflection on the COVID-19 (2019-nCoV) Outbreak in Wuhan, China*. *Healthcare*, 8(1), 64. <https://doi.org/10.3390/healthcare8010064>

Yémen 2020 Rana Yonis est l'une des sept volontaires du Centre de soins Covid-19 à Aden, où elle travaille depuis août 2020. Depuis 2011, elle a œuvré comme volontaire dans différentes organisations. « Je me suis lancée dans le volontariat parce que j'ai vu mon quartier souffrir. Je me suis dit que je devais faire quelque chose pour aider et j'ai donc rejoint le Croissant-Rouge. »
© Anette Selmer-Andresen/NorCross



MOBILISATION DES COMMUNAUTÉS ET DES ACTEURS LOCAUX





**L'intégration des
communautés et
des acteurs locaux
dans les systèmes
peut contribuer
à renforcer
la préparation
des sociétés**

Table des matières

Introduction	71
2.1 Ce que nous avons vu – souvent, les communautés qui avaient besoin d'aide n'en ont pas obtenu	73
2.2 Ce que nous avons appris – les communautés et les acteurs locaux ont été négligés	78
2.3 Ce qu'il faut faire – interagir avec les communautés et les acteurs locaux à toutes les étapes du processus	82
Recommandations clés	95

INTRODUCTION

L'expérience de la pandémie de Covid-19 a renforcé l'idée que les communautés et les acteurs locaux doivent se trouver au centre des activités de prévention, de préparation et de riposte face aux épidémies et aux pandémies. S'il incombe au premier chef aux gouvernements de répondre aux besoins et de coordonner la riposte, les communautés et les acteurs locaux ont également des rôles essentiels à jouer.

Pour les communautés, ceux-ci sont nombreux : elles doivent notamment faire entendre leurs besoins et leurs préoccupations, contribuer aux connaissances locales, analyser les problématiques et participer à la construction de solutions. Il est essentiel d'être à l'écoute des communautés pour garantir la pertinence des services de santé et des systèmes de gestion des catastrophes, leur adéquation par rapport au contexte et leur appropriation collective. Un grand nombre des messages et des recommandations que contient ce rapport se fondent en définitive sur les enseignements tirés auprès des communautés.

Quant aux acteurs locaux reconnus et formés, du fait de leur proximité avec les communautés et de leur accès préexistant à ces dernières, ils peuvent réaliser des tâches de première ligne telles que la préparation, la surveillance à base communautaire, le renforcement de l'éducation à la santé et le soutien à l'élargissement des services de santé de base aux plus vulnérables. Les acteurs locaux ont un rôle très important à jouer pour bâtir la confiance, renforcer l'égalité d'accès aux systèmes sanitaires et de santé communautaire, et créer les conditions pour une action précoce efficace, autant d'éléments cruciaux dans la lutte contre les maladies.

Définitions

Prévention des maladies : mesures destinées à éviter avant tout l'apparition d'une maladie (prévention primaire) ; à détecter les cas de maladie et à réagir rapidement lorsqu'une maladie se manifeste (prévention secondaire) ; ou à empêcher que la maladie ne se propage davantage (prévention tertiaire) ([OMS, non daté](#)).

Préparation aux flambées de maladies : capacité des systèmes de santé publique et de soins de santé, des communautés et des personnes de prévenir les urgences sanitaires, d'y faire face et de s'en relever. La préparation n'est pas un état stable ; elle nécessite une amélioration continue. Elle comprend également les efforts visant à améliorer la santé et la résilience des communautés ([Nelson, 2007](#)).

Surveillance à base communautaire : détection et notification systématiques des événements présentant un intérêt pour la santé publique au sein d'une communauté, par ses membres ([IFRC, non daté a](#)).



Bangladesh 2021 Des volontaires du Croissant-Rouge du Bangladesh aident Majeda Khatun, une femme âgée qui vient de quitter l'hôpital de Satkhira Sadar après y avoir été admise pour des symptômes du Covid-19. © Mir Hossen Roney

2.1 CE QUE NOUS AVONS VU SOUVENT, LES COMMUNAUTÉS QUI AVAIENT BESOIN D'AIDE N'EN ONT PAS OBTENU

Très souvent au cours de la pandémie de Covid-19, des personnes n'ont pas reçu l'aide dont elles avaient besoin. Dans d'autres cas, elles ont refusé les conseils de santé publique lorsqu'ils leur étaient prodigués. Dans ce chapitre, nous examinons certains de ces écueils, ainsi que des moyens qui auraient permis de les éviter si nous avons porté une plus grande attention aux communautés et aux acteurs locaux, ainsi qu'au rôle qu'ils jouent au sein des systèmes de santé communautaire. Dans la dernière section, nous nous appuyons sur quelques exemples positifs de bonnes pratiques mises en œuvre durant la pandémie, qui illustrent comment améliorer la préparation au niveau communautaire.

L'un des obstacles les plus apparents résidait dans les restrictions de mouvements imposées au personnel de secours tant national qu'international. Au niveau national, de nombreux gouvernements ont fait ce choix pour ralentir la propagation du virus. Comme nous l'avons vu au chapitre 1, utilisées de façon équilibrée, ces mesures peuvent constituer des outils de santé publique importants. Cependant, la réflexion qui a présidé à leur application n'a souvent pas tenu compte du personnel nécessaire dans le cadre de la riposte, qui aurait dû être inclus dans le calcul du risque lié à l'instauration d'exceptions (nécessairement) strictes. À cause de cela, il a été difficile pour certains types d'intervenants de première ligne, notamment les volontaires formés et supervisés de nos Sociétés nationales, de se rendre auprès des personnes qui avaient besoin de leur aide. Dans les régimes les plus stricts, les contacts directs avec toute personne extérieure au cercle familial immédiat sont devenus presque impossibles. En raison de ces restrictions, de nombreuses personnes, en particulier celles vivant dans la pauvreté, ont eu du mal à s'alimenter, un problème que quantité de Sociétés nationales ont entrepris de résoudre (Voir Encadré 2.1, ÉTUDE DE CAS : alimentation et hygiène pour les personnes vulnérables) (pour en savoir plus sur les répercussions socioéconomiques de ces mesures, voir Chapitre 4). La pénurie mondiale d'équipements de protection individuelle (EPI) tels que les masques de protection, au premier semestre 2020, a encore aggravé ce problème. Sans EPI, les agents de santé ne pouvaient pas soigner les personnes vulnérables et infectées en toute sécurité (Burki, 2020). Beaucoup ont dû s'en passer, au risque de leur propre santé et de leur capacité de contribuer à la riposte au Covid-19 (WHO, 2020).

Au niveau international, de nombreux pays n'ont pas réussi à adapter au cas par cas les conditions d'entrée des agents de secours venus de l'étranger. Bien sûr, ces agents auraient pu, comme tout un chacun, être porteurs de la maladie, mais les systèmes ne disposaient pas encore de solutions de protection ajustées à la situation, qui auraient permis d'accélérer l'entrée de ces groupes. Il en a découlé que les pays concernés ont reçu peu d'aide internationale, sinon aucune, et ne pouvaient compter que sur leurs propres systèmes (UN OHRLLS, non daté).

Dans certains cas, les acteurs locaux ont pu jouer un rôle de premier plan, comme cela a été le cas au Vanuatu et aux Fidji en avril 2020, avec le cyclone tropical Harold. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge des deux pays, solidement établies, ont pris la tête des opérations. Leurs réseaux décentralisés se sont chargés des évaluations, des distributions, de la coordination et des liens avec les communautés. Au cours de cette intervention, la dynamique de pouvoir entre les acteurs nationaux et internationaux du réseau de la Fédération internationale a changé. L'accent s'est davantage porté sur le leadership local et les partenariats avec le gouvernement national. Ce changement a été possible grâce à des programmes de développement des capacités mis en place de longue date qui ont investi dans du personnel clé, des programmes de préparation aux catastrophes et des biens tels que des fournitures de secours prépositionnées ([Australian Red Cross, 2020](#)).

Cependant, dans nombre de pays, les interventions locales ont été moins efficaces, en partie en raison d'un manque d'investissement dans les capacités locales tant avant que pendant la crise. Les systèmes de santé communautaire, ainsi que les communautés et les acteurs locaux qui les gèrent, ont été court-circuités ou leur action n'a pas obtenu le soutien nécessaire. Partant, ce sont les systèmes de santé nationaux qui ont dû répondre à tous les besoins, partout.

Certains de ces points ont été évoqués au Chapitre 1. Le manque général d'investissement dans la préparation communautaire et la prévention a privé les communautés et les acteurs locaux des ressources et de l'expertise dont ils avaient besoin pour lutter contre les flambées. L'un des échecs majeurs de la préparation réside dans la capacité limitée réservée à la surveillance à base communautaire qui, malgré son efficacité connue pour détecter rapidement les nouvelles flambées de maladies, ne bénéficie pas de suffisamment de ressources. Il manquait également des mécanismes clairs permettant aux acteurs locaux de se coordonner avec les autorités locales et les systèmes de santé nationaux.

Pour couronner le tout, trois problématiques liées entre elles ont entravé les activités menées dans les communautés pour lutter contre le Covid-19.

Citons d'abord le manque d'accès aux services de santé locaux. Dans de nombreuses communautés, en particulier celles qui ne disposaient pas de centre de santé sur place, les personnes atteintes du Covid-19 ou d'autres maladies n'avaient personne vers qui se tourner. Dans d'autres communautés, les services de santé locaux, saturés par la demande énorme d'aide pour faire face à la pandémie, ont dû provisoirement abandonner d'autres besoins tels que les opérations chirurgicales non urgentes, les soins néonataux et maternels, la vaccination de routine et la prise en charge des maladies chroniques ([Núñez et al, 2021](#)).

Deuxièmement, quantité de communautés disposent d'un accès extrêmement limité à l'éducation et à l'information sanitaires ([Royston et al, 2020](#)). Beaucoup de personnes ignoraient comment se protéger et protéger autrui contre le coronavirus et ne se fiaient pas nécessairement aux informations fournies par les réseaux sociaux ou les organes publics d'information. Souvent, elles ne comprenaient pas le raisonnement à l'appui des mesures de santé publique. Certaines ne le comprennent toujours pas. Dans nombre de pays, les gouvernements ont donné des conseils contradictoires. Dans le même temps, des croyances simplistes à l'excès ont souvent pris le dessus, comme cette idée que le Covid-19 n'était dangereux que pour les personnes âgées et cliniquement vulnérables ([King's College London, 2020](#)) ou, au Zimbabwe, que le « Covid-19 ne tue pas les personnes noires » ([Erlach et al, 2021](#)). À cela s'ajoutaient une désinformation de grande ampleur et la diffusion massive de fausses informations.

Dernier facteur, étroitement lié aux deux précédents, il y a souvent eu un manque de confiance envers les services de santé et d'autres autorités. De nombreuses études laissent à entendre que la **confiance** était l'un des facteurs prédisant le mieux la réussite ou l'échec d'un pays pour gérer la pandémie. Une étude de 2022 comparait le taux d'infection et de décès dans 177 pays. Certaines variations dans ces chiffres pourraient s'expliquer par des facteurs évidents tels que le profil démographique des pays, le Covid-19 étant plus dangereux pour les personnes plus âgées. Néanmoins, l'une des corrélations les plus solides était exprimée par la mesure de la confiance envers le gouvernement et de la confiance entre personnes. Des niveaux de confiance plus élevés ont été associés à des taux plus faibles d'infection et plus élevés de vaccination, lorsque les vaccins étaient disponibles. Cette étude est basée sur l'observation et ne constitue pas une preuve de cause à effet. Pourtant, si une confiance accrue a contribué à des taux d'infection plus bas, potentiellement du fait du plus grand respect des changements de comportement recommandés, cela veut dire que la confiance joue véritablement un rôle majeur. Sur la base de cette hypothèse, les chercheurs ont estimé que si tous les pays avaient eu le même niveau de confiance dans leur gouvernement que le Danemark, le taux mondial d'infection aurait été de 12,9 % plus faible. Pareillement, si dans toutes les nations le niveau de confiance interpersonnel avait été semblable à celui du Danemark, ce taux d'infection aurait été de 40,3 % plus bas (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).



Guyana 2021 Melissa Lewis explique comment rester en sécurité et en bonne santé pendant la pandémie de Covid-19, tandis qu'une équipe de la Croix-Rouge du Guyana distribue des kits d'hygiène aux communautés habitant en bord de rivière. Ces communautés sont touchées par le Covid-19 et il leur est difficile d'accéder à des articles de nettoyage et d'hygiène en raison des distances et des mesures de confinement. © Angela Hill/IFRC

Les déterminants de la confiance sont très complexes et le présent rapport ne pourra certainement pas tous les aborder. L'un d'entre eux réside dans une perception selon laquelle les gouvernements échouent largement à gérer des crises comme la pandémie de Covid-19 et les changements climatiques, ce qui les discrédite désormais aux yeux de certains ([Edelman, 2022](#)). Cette méfiance généralisée est aggravée par le fait que les communautés vulnérables et marginalisées sont souvent celles qui font le moins confiance aux gouvernements et aux autorités, souvent considérés comme des sources d'exigences plutôt que comme des pourvoyeurs des services nécessaires ([Bavel et al, 2020](#)). Ce sont ces personnes vulnérables et marginalisées qui sont les plus exposées au risque d'aléa majeur tel que le Covid-19, mais leur position sociale et leur expérience passée de mauvais traitements les rendent enclines à se méfier des autorités et des organisations susceptibles de les aider.

Ces nombreux problèmes peuvent tous être ramenés à une seule et même faille centrale : le manque de capacités locales. Les gens ont tendance à faire confiance à des personnes qu'ils connaissent, comme l'illustre la confiance que les patients placent dans leur médecin généraliste, ou médecin traitant, qu'ils consultent depuis de nombreuses années ([Salisbury, 2021](#)). Malheureusement, de nombreuses communautés ne bénéficiaient pas du soutien, des financements et de la formation préalable dont elles avaient besoin pour prendre en charge le Covid-19. Elles ne disposaient pas du personnel doté de la formation et de l'expertise nécessaires, et ignoraient avec qui se coordonner. Elles étaient également peu reliées aux systèmes de santé ou disposaient d'un faible accès au matériel et aux autres ressources dont elles avaient besoin.

ENCADRÉ 2.1 / ÉTUDE DE CAS

ALIMENTATION ET HYGIÈNE POUR LES PERSONNES VULNÉRABLES

Dès le début de la pandémie de Covid-19, le Croissant-Rouge turc a fourni de la nourriture et des troussees d'hygiène aux personnes vulnérables. En avril 2020, il avait ainsi distribué plus de 30 600 paniers alimentaires et 35 800 troussees d'hygiène (Paksoy, 2020). Près de 10 000 membres du personnel et volontaires ont participé à ces distributions.

Les volontaires ont principalement ciblé les personnes dans l'incapacité de quitter leur domicile en raison des mesures de protection et de problèmes de santé, notamment les personnes âgées et les personnes vulnérables sur le plan financier. Le Croissant-Rouge turc a également distribué des repas trois fois par jour aux personnes qui, placées en quarantaine, ne pouvaient quitter leur domicile (TRC, 2020).



Türkiye 2020 Apport d'un soutien durant le Ramadan.
Dans tout le pays, les volontaires du Croissant-Rouge ont aidé à distribuer trois repas par jour aux personnes vulnérables, soit au total plus de 3,4 millions de repas. Plus de 53 000 volontaires et employés de la Société du Croissant-Rouge turc ont fourni un soutien essentiel aux communautés pendant la pandémie de Covid-19.
© Société du Croissant-Rouge turc

2.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS LES COMMUNAUTÉS ET LES ACTEURS LOCAUX ONT ÉTÉ NÉGLIGÉS

Un grand nombre des échecs de la riposte au Covid-19 peut être attribué à un manque de dialogue avec les communautés et les acteurs locaux, à toutes les phases du cycle de gestion de l'urgence de santé publique. Parmi les problèmes survenus durant la pandémie, beaucoup résultent d'interventions descendantes et de mesures de commande et de surveillance trop centralisées, prises par des gouvernements dépourvus de liens et de présence dans les communautés, ou de l'aide coordonnée des intervenants locaux ([Loewenson et al, 2021](#)). Un autre facteur, lié à celui-ci, réside dans l'incapacité répétée d'associer les personnes qui ne font pas partie du secteur sanitaire formel aux prises de décision, ce qui exclut *de facto* les communautés, ainsi que de nombreux acteurs locaux. Inversement, les ripostes au Covid-19 qui ont porté leurs fruits s'appuyaient sur les communautés et les acteurs locaux.

Dans le présent rapport, nous reprenons la définition d'« **acteurs locaux** » du Grand compromis, à savoir, des « organisations [...] participant à des opérations de secours qui sont basées et qui opèrent dans le pays bénéficiaire de l'aide et qui ne sont pas affiliées à une ONG internationale » ([IASC, 2018](#)). Les acteurs locaux peuvent faire partie d'une fédération, d'une confédération ou d'une alliance en réseau, sous réserve que leur financement et leur gouvernance restent indépendants ([IFRC, non daté b](#)). Ils bénéficient d'une certaine formation formelle et sont organisés en structure à des fins de supervision. Une **communauté** est quant à elle tout simplement constituée de toutes les personnes vivant dans une région donnée.

Cette distinction signifie que les deux groupes ont des rôles différents. Par exemple, en cas d'urgence sanitaire, les acteurs locaux peuvent fournir des services tels que l'aide sanitaire de base, la logistique et le renforcement de l'éducation à la santé ([Garcini et al, 2022](#)), alors que les communautés fournissent des contributions (notamment en co-concevant des programmes) et des retours d'information.

Dans la pratique, les acteurs locaux et les communautés ne sont pas tout à fait distincts les uns des autres. En effet, les acteurs locaux appartiennent souvent à des communautés ou sont proches d'elles, et c'est en partie de cette proximité que provient leur valeur : ils peuvent agir en qualité de gardiens des communautés. Autre point, les communautés et les groupes communautaires jouent souvent un rôle très actif et ne devraient pas être considérés comme des bénéficiaires passifs de l'aide (Voir Encadré 2.2, ÉTUDE DE CAS : la résilience des populations autochtones face au Covid-19 au Canada).

Dans les deux sections suivantes, nous montrerons que les acteurs locaux et les communautés ont été négligés ou sous-utilisés durant la pandémie de Covid-19.

ENCADRÉ 2.2 / ÉTUDE DE CAS

LA RÉSILIENCE DES POPULATIONS AUTOCHTONES FACE AU COVID-19 AU CANADA

Dès le début de la pandémie de Covid-19, les chefs autochtones du Canada, désireux de protéger leurs communautés, ont élaboré des stratégies en s'appuyant sur les enseignements tirés de la pandémie de grippe H1N1 de 2009.

Les acteurs autochtones clés de la santé ont élaboré et mis en œuvre des stratégies d'atténuation et de traitement culturellement adaptées visant à atténuer les risques liés au Covid-19 et à garder la trace de son impact. Les prestataires de soins de santé autochtones ont conçu des messages de santé publique et les ont diffusés au travers de webinaires et de vidéos. Lorsque c'était possible, le nombre de cas, ainsi que le taux de mortalité et de vaccination parmi les populations autochtones vivant dans des réserves, ont fait l'objet d'un suivi.

Au niveau communautaire, de nombreuses interventions innovantes ont été mises en avant. Les responsables des communautés, agissant en leur qualité d'autorités souveraines, ont fermé leurs frontières – parfois avant même que ne soient émises des ordonnances de restriction aux niveaux régional, provincial ou territorial – et les ont laissées fermées après la levée de ces restrictions. Les communautés rurales et éloignées ont transformé leurs bâtiments publics en centres d'isolement pour les personnes atteintes du Covid-19, ou dans certains cas, en hébergement de remplacement destiné à protéger les personnes âgées et à assurer que leurs besoins étaient satisfaits.

Les plans d'urgence existants ont été adaptés de façon à répondre aux besoins liés à la pandémie. De plus, grâce aux réseaux sociaux, les pratiques culturelles ont pu se poursuivre, ce qui a permis aux gens de rester en lien malgré la distanciation sociale et les mesures de confinement. Les responsables ont échangé entre eux leurs expériences quant aux pratiques de confinement et d'atténuation efficaces. Ils ont également cherché à mettre en place des stratégies garantissant un accès aussi peu interrompu que possible aux programmes et aux services de santé.

De nombreuses communautés autochtones continuent de subir les inégalités structurelles héritées de la colonisation – possibilités de logement insuffisantes conduisant à un surpeuplement, manque d'accès à l'eau propre – et restent méfiantes vis-à-vis d'un système de soins de santé où elles ont connu la discrimination et le racisme. Ces inégalités ont donné lieu à un nombre disproportionné de cas de H1N1. Tant qu'elles ne seront pas prises en compte et éliminées, les efforts déployés par les communautés autochtones pour mettre pleinement en œuvre des mesures de santé publique à même de lutter contre une pandémie seront entravés. Néanmoins, la riposte autochtone au Covid-19 a été aiguisée par un solide leadership, des communautés soudées, la mémoire des enseignements passés, le partage des connaissances et une résilience sans faille.

2.2.1 Les acteurs locaux n'ont pas été intégrés dans les cadres politiques

Dans nombre de pays, les responsables de la riposte ont négligé les acteurs locaux (IPPPR, 2021a), qui ont dû agir en partie isolément des systèmes de santé et d'autres intervenants. Les cadres juridiques et politiques utilisés pour la préparation et pour la lutte contre le coronavirus n'intégrant pas les acteurs locaux, il leur était difficile de travailler main dans la main avec les systèmes de santé et les autres intervenants. Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont indiqué qu'une coordination étroite avec les autorités facilitait fortement leurs interventions et leur permettait de déployer à plus grande échelle les services les plus utiles, en complément à ceux fournis par les autorités publiques et d'autres institutions (Johnston, 2022). Cependant, pour de nombreux autres acteurs locaux qui n'entretiennent pas ce type de relations solides avec le gouvernement et les autorités publiques, une telle coordination est impossible.

Cette absence d'intégration politique a donné lieu à des difficultés pratiques. Avant la survenue du Covid-19, nombre de pays n'avaient pas réalisé d'exercices conjoints entre les autorités publiques et les acteurs locaux. Au début de la pandémie, les acteurs locaux ont tenté de s'engager dans le processus, mais malgré leurs efforts, il en a souvent résulté de la confusion (IPPPR, 2021b). Dans de nombreux cas, les acteurs locaux n'avaient pas accès à des EPI tels que des masques de protection. Comme nous l'avons évoqué à la section 2.1, ils ne bénéficiaient souvent pas de l'autorisation de se déplacer pour mener leurs activités, sans compter le manque de clarté entourant ces autorisations et l'imprécision des règles. Ils n'étaient pas non plus formés à la réalisation de leurs tâches et aucun soutien financier n'était mis à leur disposition.

L'un des rôles clés des acteurs locaux consiste à venir épauler des systèmes de santé surchargés. Lorsque des vagues de patients atteints du Covid-19 ont commencé à affluer vers les hôpitaux, les acteurs locaux tels que les agents de santé communautaire et les volontaires auraient pu, en théorie, assumer des responsabilités supplémentaires, ce qui aurait libéré le personnel médical pour prendre en charge les cas les plus urgents et les plus graves. Cependant, dans les pays dépourvus des politiques ou des systèmes ouvrant cette possibilité, les capacités des acteurs locaux n'ont pas pu être pleinement mises à profit (Sachs et al, 2022).

Ces problématiques ne sont pas neuves. Les acteurs locaux tels que les agents de santé communautaire sont de longue date sous-évalués et sous-financés. Nombre d'entre eux ont des difficultés à accéder au soutien international, comme l'illustre l'absence de financement destiné aux organisations locales de défense des droits des femmes durant la pandémie, malgré l'augmentation des violences contre les femmes (IRC, 2021). En conséquence, la pandémie a fait de lourds ravages (Lotta et al, 2022). Même en Nouvelle-Zélande, où le coronavirus a été bien maîtrisé pendant de nombreux mois, les agents de santé communautaire ont fait état de répercussions majeures sur leur bien-être. Une enquête publiée en 2022 montrait qu'ils avaient été exposés à « des risques importants sur le plan de leurs relations personnelles et professionnelles », « un stress et une anxiété considérables » et « l'isolement et la solitude dus aux mesures de confinement ». Les chercheurs ont recommandé que le « rôle crucial » des agents de santé communautaire soit reconnu, que des EPI leur soient distribués, que leur rémunération soit améliorée, en y intégrant des congés, et qu'ils bénéficient d'un soutien et de séances de psychothérapie régulières (Holroyd et al, 2022).

2.2.2 Un manque d'interactions avec les communautés

À maintes reprises durant la pandémie, les systèmes de santé et d'autres acteurs ont négligé d'interagir avec les communautés. Or on sait que la participation communautaire est un élément essentiel de toute riposte efficace en cas de crise sanitaire et de catastrophe ([Corbin et al, 2021](#)). C'est en partie ce qui explique la création du service collectif de communication sur les risques et d'engagement communautaire (RCCE) par la Fédération internationale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ([RCCE, non daté](#)), et l'engagement de la communauté humanitaire, dans le cadre du Grand compromis de 2016, à transformer ses pratiques en profondeur et à procéder à une « révolution de la participation » ([Grand Bargain, non daté](#)). Cependant, ces engagements ne se sont souvent pas concrétisés, ou seulement en partie ([IFRC, 2019](#)). Et ce schéma s'est reproduit durant la riposte au Covid-19.

Concernant le volet « communication sur les risques » des interactions avec les communautés, les intervenants n'ont souvent pas réussi à instaurer un dialogue authentique et bidirectionnel. Des messages conçus au niveau central, plutôt anonymes, ont été diffusés sur tous les sujets, du port du masque à la distanciation sociale, en passant par la vaccination. Unilatérales et impersonnelles, ces informations publiques, quoiqu'importantes, peuvent facilement passer à côté des principales craintes ou perceptions erronées des communautés. De plus, lorsqu'il a été demandé aux communautés d'exprimer leur avis, celui-ci a souvent été rejeté ou ignoré ([McKay et al, 2022](#)).

De même, les communautés ont été négligées dans le cadre de la conception des programmes. L'idée que les communautés devraient jouer un rôle actif dans la conception des services de santé qu'elles reçoivent remonte au moins à la déclaration d'Alma-Ata de 1978, où il est énoncé que « tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés » ([WHO, non daté](#)). Mais au cours des quatre décennies qui ont suivi, cette idée n'a jamais été réalisée. Pas plus tard qu'en 2020, un rapport de l'OCDE énumérait les nombreuses lacunes dans les soins de santé primaire, pointant notamment la « nécessité d'élargir les rôles des patients ». L'OCDE en appelait à un véritable mobilisation des patients et des membres des communautés ([OECD, 2020](#)) et des arguments similaires avaient été avancés par le panel indépendant pour la préparation et la réponse aux pandémies de l'OMS ([IPPPR, 2021a](#)).

Pourtant, à contre-courant de ces recommandations, les gouvernements ont souvent usé de mesures de coercition pour lutter contre la pandémie. Des décrets de santé publique ont été appuyés avec toute la force de la loi pénale, et la police et des forces de sécurité ont été déployées pour les faire appliquer. De façon prévisible, cela a engendré une résistance sociale et politique, et exacerbé la méfiance des communautés à l'égard des gouvernements et des systèmes de santé (et vice versa) ([Loewenson et al, 2021](#)).

2.3 CE QU'IL FAUT FAIRE

INTERAGIR AVEC LES COMMUNAUTÉS ET LES ACTEURS LOCAUX À TOUTES LES ÉTAPES DU PROCESSUS

Il est fondamental de renforcer les systèmes de santé, en particulier les systèmes de santé communautaire, pour préparer les sociétés à de futures flambées de maladies. Les communautés et les acteurs locaux ont un rôle à jouer en ce sens. Cela vaut aussi bien pour les pays à revenus faibles et intermédiaires, où les services de santé nationaux sont souvent moins complets, que pour les pays bien plus riches ([WHO, 2022c](#)), où la pénurie de personnel de santé a conduit à déléguer certaines tâches à des infirmiers ou à des aide-soignants qualifiés. Un glissement s'est également opéré vers une approche de la santé davantage axée sur les personnes (telle qu'incarnée par l'approche de la santé publique) et un renforcement des soins de santé primaires.

2.3.1 Investir dans les acteurs locaux pour faciliter la gestion des flambées de maladie et d'autres aléas

Dans les situations d'urgence telles que les flambées de maladie, les acteurs locaux peuvent jouer de nombreux rôles. Leurs activités permettent de réduire le risque de flambée majeure et d'améliorer les résultats si une telle flambée se produit. L'un des principaux défis consiste à renforcer les systèmes de santé communautaire, qui créent un lien vital entre les systèmes de santé et les communautés qu'ils servent, en particulier dans les zones reculées et marginalisées.

Parmi les groupes d'acteurs locaux importants figure celui des agents de santé communautaire, souvent constitué de volontaires formés et supervisés. Durant la pandémie de Covid-19, ceux-ci ont fourni un soutien essentiel dans de nombreux domaines : recherche des cas et dépistage, formation à la préparation et à la prévention, éducation à la santé, soins non médicaux à domicile, soins primaires de base et aiguillage vers d'autres services de santé. Il en avait été de même lors de flambées de maladie précédentes ([Bhaumik et al, 2020](#)). La recherche de cas, par exemple, est un pilier de la lutte contre les maladies infectieuses. Elle consiste à identifier les personnes ayant été en contact avec une personne infectée et à les en informer pour qu'elles puissent prendre des précautions afin de se protéger et de protéger les autres ([IFRC, 2020a](#)). Ce sont souvent les acteurs locaux, ancrés dans leurs communautés, qui réalisent le mieux cette activité ([IFRC, 2021a](#)). Ils disposent de connaissances locales leur permettant d'identifier rapidement et correctement les contacts probables et ils peuvent être mieux placés pour dissiper les craintes suscitées par les conséquences de cette recherche. C'est pourquoi, dès le début de la pandémie, des experts en santé publique ont appelé à investir largement dans les agents de santé publique ([Ballard et al, 2020](#)). Il est temps que ces appels soient entendus.

La **surveillance à base communautaire** est une façon, pour les acteurs locaux, de soutenir la détection des risques sanitaires et l'action précoce au sein de leurs communautés, où démarrent les flambées. Dans de nombreux pays, les systèmes de santé utilisent des systèmes d'alerte rapide pour annoncer les flambées de maladie, mais peinent souvent à toucher toute la population, comme c'est le cas lorsque les gens ne sont pas en mesure d'accéder à des établissements de santé. La surveillance à base communautaire constitue donc un moyen de combler cette lacune. Les volontaires locaux sont formés pour repérer les signes et les symptômes des maladies potentiellement épidémiques. Étant donné qu'ils travaillent au sein de leur propre communauté, il y a plus de chances que les gens leur fassent **confiance**, par rapport à des inconnus. S'ils se rendent compte qu'une personne est malade, ils peuvent aider la communauté à prendre des mesures de protection immédiates et alerter un superviseur, qui peut à son tour déclencher une riposte du système de santé (voir Encadré 2.3, ÉTUDE DE CAS : la préparation communautaire en Indonésie contribue à mettre un terme à une flambée de dengue). La surveillance à base communautaire permet donc de protéger les personnes et les communautés vulnérables qui, sans cela, pourraient passer entre les mailles du filet. Elle aide également à protéger la société dans son ensemble grâce à la détection précoce et aux interventions rapides en cas de flambée. Toutes les urgences de santé publique commencent modestement et ne comptent au départ que quelques cas, mais sans surveillance, elles peuvent prendre l'ampleur d'une crise mondiale, comme dans le cas du Covid-19.

La surveillance à base communautaire est l'un des piliers du **Programme de préparation des communautés aux épidémies et aux pandémies** de la Fédération internationale (CP3) (IFRC, [non daté a](#)), déployé avec succès depuis 2017 et actuellement mis en œuvre dans sept pays. Financé par l'Agence américaine pour le développement international (USAID), ce programme aide les communautés à prévenir, détecter et combattre rapidement les maladies constituant des menaces. Afin de réduire le risque de propagation zoonotique, il adopte l'approche « Une seule santé », qui aide les communautés à détecter les flambées de maladies tant chez l'humain que chez les animaux. La surveillance à base communautaire s'inscrit aux côtés d'activités de préparation aux épidémies et aux pandémies plus traditionnelles (voir Chapitre 1).

Plus tard au cours de la pandémie de Covid-19, lorsque les vaccins sont devenus plus largement disponibles, les volontaires locaux ont joué un rôle crucial dans les programmes de vaccination ([WHO and UNICEF, 2021](#)). De nombreux pays ont été confrontés au défi de taille que posaient les questions de confiance et d'acceptation suscitées par les vaccins. La distribution des vaccins nécessite de la part des gouvernements de l'expertise et de la coordination, mais les actions locales et l'interaction avec les communautés sont également essentielles pour comprendre les obstacles à l'accès et à l'acceptation, et garantir une adoption maximale. Même lorsque les vaccins ont été approuvés, que leur niveau élevé de sécurité et d'efficacité a été démontré, et qu'ils ont été mis à la disposition des personnes qui en avaient besoin, les gens hésitaient encore à se faire vacciner. Cette attitude était due à une méfiance populaire envers les prestataires de services ou certaines normes sociales, telles que la vaccination en général, qui les empêchait d'utiliser ce service ([WHO SAGEI, 2022](#)). Les rumeurs et l'inquiétude se sont ancrées dans certaines communautés, en particulier les groupes vulnérables qui souvent ont une **confiance limitée** à l'égard des autorités. Dans certains cas, cela a conduit à de violentes attaques contre des infrastructures et des personnels associés à la lutte contre le Covid-19 ([IFRC, 2021b](#)).

Face à ces formes très spécifiques de rejet, les campagnes de sensibilisation centralisées sont peu efficaces. De plus, les gens se fieront peut-être davantage à des personnes qu'ils connaissent qu'à des organisations pouvant être perçues comme anonymes. Par exemple, les entreprises familiales suscitent une plus grande confiance que n'importe quel autre type d'entreprise (Edelman, 2022). La mobilisation des communautés par des acteurs locaux est donc nécessaire. Certains acteurs locaux sont parvenus à dépasser la résistance au vaccin en engageant un dialogue étroit avec les communautés, au travers de mécanismes de retour d'information des communautés et d'enquêtes de perception visant à mettre au jour leurs croyances et leurs craintes. Les données qui en sont issues, recueillies et traitées à un niveau régional ou central, peuvent aider les autorités de santé publique à élaborer des stratégies sur mesure et donc à changer les perceptions. Par exemple, la Croix-Rouge de Géorgie a recueilli des informations sur les perceptions liées aux vaccins contre le Covid-19 afin de répertorier de façon systématique les raisons du rejet. De même, la Croix-Rouge d'Ukraine a tenu des réunions individuelles et des conversations en petits groupes pour fournir des informations sur les vaccins. Les volontaires ont rappelé que la vaccination n'était pas obligatoire et ont conseillé aux personnes souffrant de pathologies de consulter leur médecin (IFRC on Medium, 2021).

Les programmes communautaires présentent l'avantage supplémentaire de créer des réseaux de **confiance** dont il est possible de tirer profit tant pour renforcer l'efficacité des interventions en cas de catastrophe que pour déployer d'autres activités humanitaires et de développement. Ces activités de renforcement de la confiance sont essentielles pour le Programme mondial de sécurité sanitaire. Une commentatrice de ce programme soulignait par ailleurs que « ce n'est pas en pleine situation d'urgence sanitaire qu'il faut commencer à interagir avec les communautés », car ces moments sont chaotiques et les acteurs extérieurs suscitent souvent la méfiance (Natoli et al, 2020). Au contraire, il est crucial de s'y prendre dans des périodes « normales », qui offrent suffisamment de temps pour bâtir la confiance et les relations, et être prêts lorsque survient une crise (voir Encadré 2.4, ÉTUDE DE CAS : travailler avec les communautés dans les environnements urbains).

Les acteurs locaux ont également des rôles essentiels à jouer dans le domaine de l'**éducation à la santé**. On peut considérer que les personnes dont le niveau d'éducation à la santé est élevé ont reçu un « vaccin social » qui leur permet d'adopter les bonnes pratiques et d'encourager à les imiter (Okan et al, 2022). L'éducation à la santé ne se limite pas aux connaissances — bien qu'elles soient essentielles —, elle englobe aussi les compétences et la motivation à apprendre et à appliquer ces connaissances (Sørensen et al, 2012). Ainsi, les solides liens que les acteurs locaux entretiennent avec les communautés qu'ils servent font d'eux les défenseurs idéaux de l'éducation à la santé. Les gens sont plus susceptibles de faire confiance à des informations et à des conseils lorsque ceux-ci proviennent d'une source connue et fiable, en particulier s'ils se sentent éloignés de leurs gouvernements (Encadré 2.5, ÉTUDE DE CAS : réduire la réticence aux vaccins en République arabe syrienne). Pour la même raison, les acteurs locaux occupent souvent une position idéale pour gérer l'**interaction avec les communautés** (voir section 2.3.2).

ENCADRÉ 2.3 / ÉTUDE DE CAS

LA PRÉPARATION COMMUNAUTAIRE EN INDONÉSIE A CONTRIBUÉ À METTRE UN TERME À UNE FLAMBÉE DE DENGUE

En plus d'être exposée à des maladies telles que la grippe, qui touchent la plupart des pays, l'Indonésie connaît également de nombreuses maladies endémiques comme la dengue. Pour prévenir la propagation de flambées de maladies, le gouvernement a créé un système d'alerte rapide dans les centres de santé primaire, qui facilite la détection et le traitement des flambées potentielles au sein des communautés.

L'efficacité de ce système repose sur le signalement, par les membres des communautés, de leur statut sanitaire à ces centres de santé. Cependant, de nombreuses personnes ne font pas cette démarche, soit par incapacité, soit par manque de volonté, soit encore parce que leurs symptômes semblent trop faibles pour valoir un signalement. La surveillance à base communautaire résout en partie ce problème car elle permet de détecter rapidement les cas possibles et de les porter à l'attention des systèmes de santé par le biais d'intermédiaires de confiance. Elle élargit la portée du système de surveillance national en accélérant les signalements et les interventions, et en réduisant potentiellement le nombre de cas et de décès.

Citons par exemple cet épisode survenu dans le village de Sobokerto : des volontaires ont eu vent d'un enfant souffrant de fièvre, de douleurs articulaires et d'éruptions cutanées, symptômes classiques de la dengue. Ils ont alors enquêté et alerté leur superviseur via WhatsApp le jour même. À partir de là, ils se sont coordonnés avec le responsable du village. Le cas suspecté de dengue ayant été confirmé, l'enfant a reçu les soins médicaux requis et s'est rétabli. Les volontaires se sont rendus dans les ménages pour vérifier la présence de signes et de symptômes de la maladie, mais aucun autre cas n'a été trouvé.

À cette occasion, ils se sont rendu compte que les villageois ne connaissaient pas tous les sites de reproduction possibles des moustiques. Pour remédier à cela, ils ont déployé des campagnes de promotion de la santé et mobilisé une communauté pour nettoyer ces sites ([Resolve to Save Lives, 2022](#)). Celle-ci, en retour, est devenue plus résiliente face à la dengue et à d'autres maladies transmises par les moustiques ([IFRC, 2021d](#)).



Au cours des crises, certains acteurs locaux peuvent aider les services de santé au moyen du **transfert de tâches**. Les agents de santé communautaire peuvent être formés à certaines activités de santé publique de routine, comme le dépistage des signes et des symptômes liés à des maladies comme le Covid-19 ou l'administration des vaccins infantiles de routine. Ils peuvent réaliser des tâches incombant habituellement à des professionnels davantage formés qu'eux ([IFRC, 2020b](#)). Bien sûr, confier des interventions médicales à des personnes sans qualification officielle présente des risques. Toutefois, ceux-ci sont limités au regard de l'intérêt que présente le transfert des tâches dans des situations où les systèmes de santé sont saturés et que le personnel de soins de santé en place ne peut plus réaliser les tâches de routine et n'est plus disponible dans certains lieux. En effet, retarder des soins parce qu'ils ne peuvent pas être assurés par le personnel le plus qualifié n'est pas sans risque. Par exemple, des affections qui étaient maîtrisées peuvent regagner du terrain si elles ne sont pas prises en charge, exigeant ainsi un traitement d'urgence.

Dans de nombreuses communautés, le transfert des tâches s'est révélé essentiel durant la pandémie, les agents de santé communautaires étant les seuls prestataires de soins de santé disponibles. De leur côté, les sections locales de nombreuses Sociétés nationales ont aidé à identifier les cas suspectés de Covid-19 dans les communautés, y compris, dans certains cas, en administrant des tests de dépistage ([IFRC, 2021c](#)). Les cas positifs pouvaient alors être orientés vers le système de soins de santé professionnel qui, ainsi soulagé de la nécessité de procéder au dépistage, a pu traiter le plus grand nombre possible de patients atteints du Covid-19. Pareillement, de nombreuses Sociétés nationales ont mis en place des lignes d'appel d'urgence pour fournir un soutien psychosocial et en santé mentale durant la pandémie. Par exemple, rien qu'en 2020, la Croix-Rouge équatorienne a fourni des services de soutien psychosocial et en santé mentale à 8 677 personnes ([IFRC Psychosocial Centre, 2020](#)).

Dans un contexte de pénurie mondiale persistante de personnel de soins de santé, il faut de toute urgence élargir le transfert des tâches. Selon les estimations de l'OMS, en 2022, il manquait aux effectifs mondiaux 15 millions d'agents de santé. S'il s'agit d'une amélioration par rapport à 2016 — il en manquait alors 18 millions —, cela demeure néanmoins un déficit important ([WHO, 2022b](#)). De plus, les professionnels de santé préférant généralement vivre dans des zones urbaines, les zones rurales et éloignées sont souvent mal desservies. Le transfert des tâches, en recourant à des agents de santé communautaire non professionnels et semi-professionnels, permet d'améliorer cette situation. Ces agents peuvent réaliser des soins essentiels et faire office de lien entre la population locale et le système de soins de santé national.

À cela s'ajoute le fait que les acteurs locaux peuvent jouer des rôles semblables dans tous les autres types de catastrophes, sans se limiter aux situations d'urgence sanitaire, car les services requis sont souvent similaires. Qu'une communauté soit confrontée à une flambée de grippe ou à un tremblement de terre, les services de santé de base restent essentiels, tout comme l'est la communication d'informations précises sur la voie à suivre.

ENCADRÉ 2.4 / ÉTUDE DE CAS

TRAVAILLER AVEC LES COMMUNAUTÉS DANS LES ENVIRONNEMENTS URBAINS

En cas de catastrophe, les interventions en milieu urbain rencontrent des défis inédits dans les environnements ruraux, comme l'a mis en lumière la pandémie de Covid-19. Un rapport de 2021 de la Croix-Rouge allemande portant sur la façon dont les Sociétés nationales ont lutté contre le Covid-19 dans les villes fait état des nombreuses difficultés rencontrées ([German Red Cross, 2021](#)). Par exemple, dans les villes, la **méfiance** envers le gouvernement et les autres autorités est plus importante que dans les zones rurales. Cela s'explique notamment par la présence de nombreux migrants et réfugiés, ces groupes étant souvent sur leur garde face aux autorités. Les Sociétés nationales déjà actives dans les villes avant la pandémie ont suscité une plus grande confiance.

Par rapport aux zones rurales où tout le monde se connaît, les villes sont anonymes. Certains y vivent parce qu'ils peuvent passer inaperçus. Ces personnes marginalisées font souvent partie des plus vulnérables. Pourtant, c'est précisément en raison de leur anonymat qu'il est difficile, pour les acteurs humanitaires et d'autres acteurs, de les trouver et de leur apporter de l'aide. Pour remédier à cette situation, ces acteurs et les responsables de la gestion des risques de catastrophe devraient renforcer leur présence au sein des communautés bien en amont de la survenue d'une catastrophe. C'est ainsi que se bâtit la **confiance** et qu'il sera possible d'identifier les personnes vulnérables ([PrepareCenter.org, non daté](#)).



Malaisie 2021 Le Croissant-Rouge de Malaisie a travaillé en collaboration avec le département de la santé de l'État de Pahang et les communautés locales afin de vacciner les migrants dans le district de Cameron Highlands. La collaboration entre le ministère de la Santé et l'ONG Protect Health Corporation Sdn Bhd (ProtectHealth) a été la première du genre à être entièrement dirigée par une organisation humanitaire. Le Croissant-Rouge de Malaisie a vacciné plus de 7 000 migrants appartenant à au moins 10 groupes ethniques différents à Kuala Lumpur, Selangor et Sabah.
© Nazir Safari

“

Les volontaires locaux sont formés pour repérer les signes et les symptômes des maladies potentiellement épidémiques. Étant donné qu'ils travaillent au sein de leur propre communauté, il y a plus de chances que les gens leur fassent confiance, par rapport à des inconnus.

”



Mais pour que les acteurs locaux puissent assurer toutes ces actions, il convient de soutenir leurs capacités et d'investir dans les infrastructures. Les équipes locales pourront ainsi conserver leurs membres, leurs ressources et leurs connaissances, et participer aux mécanismes de coordination locaux. Plutôt que d'un foisonnement de financements à court terme au moment d'une crise, ces programmes ont besoin d'un soutien stable et durable. Ils doivent également avoir accès à des financements généraux pour renforcer leurs capacités institutionnelles (voir Chapitre 3).

Certains donateurs s'intéressent à présent à cette question, notamment la Direction générale pour la protection civile et les opérations d'aide humanitaire européennes de la Commission européenne (DG ECHO), qui a conclu un nouveau Partenariat programmatique pilote (PPP) avec la Fédération internationale. Ce programme offre des financements stratégiques souples, à long terme et prévisibles aux Sociétés nationales réalisant des activités de préparation ([IFRC, non daté c](#)), et il aidera les communautés à se préparer aux épidémies et aux autres catastrophes. Le lancement du Fonds d'intermédiation financière pour la prévention, la préparation et la réponse aux pandémies, hébergé par la Banque mondiale, reconnaît quant à lui la nécessité de fournir des financements plus réguliers et flexibles ([WHO, 2022a](#)). Il reste cependant à savoir quelle proportion de ces financements ira aux acteurs locaux, et les programmes doivent encore faire l'objet d'une décision du conseil. Une troisième initiative ambitieuse, Africa Frontline First, a pour sa part fixé l'objectif de déployer 200 000 agents de santé communautaire dans dix pays d'ici à 2030 ([Africa Frontline First, non daté](#)).

Enfin, les acteurs locaux doivent être intégrés dans les systèmes de santé et de gouvernance plus larges. Ils doivent bénéficier non seulement de financements, mais aussi d'un soutien institutionnel au travers de mécanismes de gouvernance et de coordination. Le rôle d'auxiliaire attribué aux Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge offre un exemple de mécanisme d'intégration des acteurs locaux qui leur permet de travailler étroitement avec les gouvernements et les systèmes de santé. Ce rôle constitue une « relation de partenariat spécifique et unique en son genre, entraînant des responsabilités et des avantages réciproques, fondée sur le droit international et le droit interne, dans lequel les pouvoirs publics du pays et la Société nationale conviennent des domaines dans lesquels la Société nationale complète les services humanitaires publics ou s'y substitue » ([IFRC, non daté d](#)). Durant la pandémie de Covid-19, les États auraient pu davantage s'appuyer sur des mécanismes de ce type, qui leur permet de bénéficier de l'aide d'acteurs locaux dans les situations d'urgence. Ici encore, la préparation est cruciale : les mécanismes de coordination seront plus efficaces s'ils sont mis en place en amont des crises.

ENCADRÉ 2.5 / ÉTUDE DE CAS

VAINCRE LA RÉTICENCE AUX VACCINS EN RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Le Croissant-Rouge arabe syrien s'est mis à l'écoute des préoccupations des gens concernant les vaccins contre le Covid-19 afin de comprendre les raisons de leur réticence et de les aider à surmonter leurs craintes (IFRC, non daté f).

Deux exemples illustrent cette approche. Dans un cas, une communauté avait répandu une rumeur selon laquelle un juge serait décédé à cause du vaccin. En réalité, le juge avait annoncé qu'il se ferait vacciner mais est décédé avant d'avoir pu le faire. Après son décès, la communauté a refusé le vaccin, pensant que celui-ci en était le principal responsable.

L'équipe de premiers secours et de santé communautaire du Croissant-Rouge arabe syrien a demandé aux proches du juge de l'aider à dissiper ces rumeurs. À cet effet, tous les membres de la famille se sont fait vacciner et ont fait la promotion du vaccin. Ensuite, ils ont participé à des réunions organisées par l'équipe du Croissant-Rouge pour confirmer que le décès du juge n'était pas dû au vaccin. Après ces réunions, la confiance de la population dans la vaccination contre le Covid-19 a augmenté et la plupart des membres de la communauté se sont précipités pour se faire vacciner.

Dans le deuxième cas, lors d'une réunion de travail réunissant cinq femmes, l'une d'entre elles a déclaré que le vaccin avait causé la paralysie de sa sœur. Les autres femmes l'ont crue. Cependant, au cours de la discussion, il s'est révélé que cette personne souffrait de plusieurs pathologies qui avaient contribué à sa maladie et à sa paralysie. Après avoir pris connaissance de ses antécédents médicaux, et suite à des discussions régulières avec l'équipe de premiers secours et de santé communautaire du Croissant-Rouge arabe syrien, les femmes ont accepté leur première dose de vaccin.



Syrie 2021 Tout au long de 2021 et 2022, le Croissant-Rouge arabe syrien s'est efforcé d'augmenter les taux de vaccination dans différentes régions du pays. Par exemple, les volontaires effectuent des visites de sensibilisation à domicile à Hama et Sweida, ils dispensent des sessions de formation aux volontaires à Deir ez-Zor et dans de nombreux autres endroits, et ils organisent des séances de sensibilisation à Lattaquié et ailleurs. © Croissant-Rouge arabe syrien

2.3.2 Interagir avec les communautés à toutes les phases du cycle de gestion des urgences de santé publique

Les communautés doivent participer activement à toutes les phases de la gestion des crises sanitaires et des catastrophes. Trop souvent, elles sont considérées comme des bénéficiaires passifs de l'aide. Cette attitude n'est pas seulement condescendante, elle est aussi inefficace. Les formes de riposte ayant le plus d'impact sont celles qui sont élaborées en collaboration avec les communautés, en pleine connaissance de leurs besoins, vulnérabilités, croyances et capacités (IFRC, 2021e). Un examen de 2022 des réponses apportées au Covid-19 dans 177 pays concluait que : « Les efforts déployés pour améliorer la préparation et la réponse aux pandémies dans la perspective d'un prochain épisode pourraient tirer avantage d'un investissement plus important dans la communication sur les risques et les stratégies de mobilisation communautaire ; cela renforcerait la confiance que les personnes placent dans les directives de santé publique » (COVID-19 National Preparedness Collaborators, 2022).

Point crucial, le leadership local permet d'améliorer la communication et les retours d'information. Lorsque les équipes chargées des soins de santé et de la gestion des catastrophes travaillent en collaboration étroite avec les communautés, elles ont la possibilité d'obtenir des réponses à des questions essentielles : qui sont les personnes les plus exposées au risque, de quoi ont-elles besoin pour gérer ce risque, quel est leur niveau de connaissance dans le domaine de la santé, et à qui sont-elles prêtes à faire confiance ? (Voir Encadré 2.6, ÉTUDE DE CAS : demander aux gens de quoi ils ont réellement besoin) Toutes ces informations permettent d'élaborer des stratégies de préparation et de riposte plus appropriées. Il est particulièrement important de se concentrer sur les communautés marginalisées et vulnérables, avec lesquelles il faut s'efforcer d'interagir davantage si l'on veut satisfaire leurs besoins en information. La mobilisation communautaire et la redevabilité sont donc au cœur de la préparation (voir Chapitre 1 pour en savoir plus sur la préparation, et Chapitre 5 pour voir les données issues des retours d'information des communautés).

La Fédération internationale a répertorié cinq principes directeurs qui sous-tendent les systèmes communautaires centrés sur les personnes (IFRC, non daté e) et qui se fondent sur une vaste expérience des interventions de santé publique, notamment la riposte au Covid-19. Ainsi, pour porter leurs fruits, ces systèmes doivent être :

1. communautaires : les programmes de santé sont plus efficaces s'ils sont gérés, dirigés et mis en œuvre par les communautés elles-mêmes. Les personnes sont plus susceptibles de mener une action dans leur communauté si elles peuvent en prendre tous les aspects en charge, de l'évaluation des besoins à la mise en œuvre et à l'évaluation des résultats (WHO, 2021). Par exemple, en République démocratique du Congo, les volontaires de la Croix-Rouge se sont associés aux communautés pour concevoir des messages promouvant la vaccination contre la rougeole. Ils ont organisé des ateliers interactifs auxquels ont participé les partenaires en santé communautaire, les agents de santé communautaire, les chefs religieux et traditionnels et les autorités administratives et sanitaires locales. Le but était de co-crée des solutions pour faire face aux flambées de la maladie. Les volontaires ont recueilli les rumeurs et les retours d'information, qui ont été utilisés pour élaborer des stratégies de mobilisation clés. Les messages clés ont ensuite été adoptés par les autorités sanitaires, garantissant ainsi une diffusion large (IFRC, 2022a).

2. fondés sur des données : pour préserver la confiance, nous devons écouter ce que disent les communautés, y répondre et réagir. Il est essentiel de comprendre comment elles perçoivent la maladie et la riposte. Les intervenants doivent aussi déterminer quels sont les principaux moteurs du comportement des communautés et prendre connaissance de leurs questions, propositions et capacités. Les données sociales, notamment celles provenant des retours d'information des communautés, sont tout aussi importantes que les données épidémiologiques (voir Chapitre 5 pour en savoir plus sur la collecte et l'analyse des données). Par exemple, la Fédération internationale a réalisé une étude sur la façon dont les gens avaient vécu la pandémie en Amérique latine et dans les Caraïbes, y compris concernant l'adhésion à la vaccination. Les chercheurs ont interrogé 7 743 personnes dans neuf pays. Le niveau d'adhésion à la vaccination était généralement élevé. Parmi les personnes interrogées, seules deux sur dix ont déclaré la refuser, sauf en Jamaïque, où ce taux était de cinq personnes sur dix. Cependant, l'accès aux vaccins a été problématique. Les migrants et les populations autochtones ont évoqué des contraintes plus fortes dues à l'éloignement des sites de vaccination, une longue attente, des horaires d'ouverture peu pratiques et des services inadéquats ([IFRC, 2022b](#)).

3. redevables : les systèmes de santé doivent être redevables, transparents et réactifs vis-à-vis des voix, des priorités et des besoins des personnes et des communautés. Les communautés doivent pouvoir participer à la gouvernance du système de santé, à la planification des interventions et des approches de santé et à la fourniture et à la supervision des services. Cette large participation des communautés à la surveillance et à l'évaluation permettrait d'accroître la viabilité des programmes et de mieux utiliser les ressources. Elle nécessiterait des investissements publics dans le renforcement des capacités des communautés, notamment leurs connaissances en matière de santé, y compris les droits à la santé. Exemple de bonne pratique, un programme déployé de 2017 à 2019 dans 11 pays d'Afrique de l'Ouest et d'Afrique centrale a permis à des patients atteints du VIH d'évaluer la fourniture de leurs traitements. Dans ce cadre, ceux-ci avaient indiqué qu'il fallait souvent plusieurs semaines pour obtenir les résultats de leurs tests de charge virale, mais à mesure que le projet avançait et que leurs retours d'information étaient intégrés, cet indicateur, parmi d'autres, s'est amélioré ([The Global Fund, 2020](#)).

4. coordonnés et basés sur la collaboration : la mobilisation communautaire devrait être intégrée dans les stratégies, les politiques et les procédures. Elle devrait également être harmonisée avec les interventions de santé publique, humanitaires et de développement. Les efforts de coordination devraient faciliter les partenariats entre les acteurs locaux, le secteur privé, les États, les partenaires d'intervention et les communautés mêmes. Par exemple, pour aider à gérer la crise du Covid-19, le ministère de la Santé de l'Eswatini a créé un groupe de travail technique chargé de la communication sur les risques et de l'engagement communautaire. Dans ce cadre, un « groupe d'écoute dynamique » recueillait les questions, les rumeurs et les retours d'information à partir de plusieurs sources, y compris Talkwalker, un outil de veille programmé pour suivre ce qui se disait du Covid-19 sur les réseaux sociaux. Cela a permis de générer une image en temps réel des croyances de la population et d'alerter le gouvernement en cas de problème ; par exemple, beaucoup ont indiqué que les centres de vaccination étaient trop éloignés ([IFRC, 2022c](#)).

5. inclusifs et respectueux de la diversité : le soutien devrait être réservé en priorité aux groupes les plus vulnérables, marginalisés ou exposés aux risques. Les activités de mobilisation communautaire et de redevabilité doivent être accessibles, culturellement appropriées, respectueuses des questions de genre et équitablement accessibles aux personnes handicapées. Autant de groupes que possible devraient être représentés dans les instances locales de prise de décision. Par exemple, au Royaume-Uni, la Croix-Rouge britannique compte en son sein une équipe de soutien aux réfugiés qui travaille en collaboration étroite avec les demandeurs d'asile. Or beaucoup, parmi ces derniers, éprouvent des difficultés à accéder aux services de santé. Afin de remédier à cette situation, la Croix-Rouge britannique a créé des supports d'information en 20 langues en s'entourant de personnes ayant vécu cette expérience pour garantir leur pertinence. Elle a également apporté un soutien sous la forme de campagnes de sensibilisation préalables et d'aide à la prise de rendez-vous dans des centres de vaccination éphémères destinés aux personnes exclues du système de santé ([IFRC, 2022d](#)).

ENCADRÉ 2.6 / ÉTUDE DE CAS

DEMANDER AUX GENS DE QUOI ILS ONT RÉELLEMENT BESOIN

Dès le début de la pandémie, la Croix-Rouge camerounaise s'est rapidement mise à recueillir les retours d'information des communautés dans le but de connaître leur perception du nouveau coronavirus, ainsi que leurs besoins. Les informations ont été recueillies au travers d'une variété de canaux, de la ligne d'urgence aux réseaux sociaux, en passant par les groupes de discussion. Les volontaires ont également diffusé des messages au sein des communautés ([Cameroon Red Cross, 2021](#)).

La Croix-Rouge camerounaise a analysé en temps réel les données recueillies de façon à adapter sa réponse au Covid-19. Elle s'est concentrée sur cinq des régions les plus touchées du pays. Les retours d'informations lui ont permis à la fois de concevoir des messages convaincants et compréhensibles et d'identifier les communautés les plus vulnérables.

S'appuyant sur ces données, elle a traduit ses messages dans plus de 20 langues locales pour garantir que la majorité des populations touchées puisse les comprendre. De plus, découvrant que certains ne croyaient pas en la réalité du Covid-19, elle a également élaboré des messages pour les convaincre.

Par ailleurs, l'enquête a permis d'identifier les communautés dépourvues d'accès à l'eau potable, ce qui était crucial étant donné que le lavage des mains – l'une des principales mesures de protection conseillées – était impossible pour beaucoup. La Croix-Rouge camerounaise a donc réalisé une analyse géographique des réponses pour localiser les communautés nécessitant de toute urgence de nouveaux points d'eau et du matériel de stockage de l'eau, et répondre à ces besoins.

Enfin, l'enquête a révélé que de nombreuses personnes percevaient le Covid-19 comme une maladie touchant uniquement les personnes âgées. Il existait donc un risque que les jeunes n'adoptent pas les pratiques sûres, et se mettent en danger tout en exposant également leurs communautés. Face à ce phénomène, la Croix-Rouge camerounaise a fait appel à un influenceur pour communiquer avec les jeunes sur les risques et la façon de porter correctement le masque de protection. Elle a aussi contribué à la production de débats radiophoniques diffusés sur la chaîne communautaire qui, selon des analyses antérieures, suscite un niveau élevé de confiance.



RECOMMANDATIONS CLÉS

Intégrer les acteurs locaux reconnus et formés dans les systèmes de santé. Cette intégration peut être officialisée ou se concrétiser au travers d'accords de collaboration. Les acteurs locaux, notamment les agents de santé communautaire et les volontaires, peuvent jouer des rôles clés dans le renforcement des systèmes de soins de santé primaire et de santé au niveau local. Ils peuvent fournir certains services essentiels tels que la préparation et la surveillance à base communautaire, ainsi que la vaccination de routine ; d'autres tâches peuvent également leur être transférées et selon leurs qualifications, certains peuvent fournir des soins préhospitaliers. Les acteurs locaux peuvent également établir un lien entre les systèmes de santé et les communautés qu'ils servent, mais cela nécessite de les intégrer dans les cadres politiques. Pour ce faire, il existe toute une série d'options, en fonction de la législation du pays concerné. Les systèmes de santé doivent se coordonner avec les acteurs locaux, lesquels doivent recevoir un soutien continu (formation, supervision, financement, coordination et dispositifs juridiques) pour mener leurs activités.

Intégrer les acteurs locaux dans les plans nationaux de préparation aux urgences sanitaires à des fins de prévention, d'action précoce et d'intervention. Les acteurs locaux reconnus, qu'ils soient rémunérés ou non, peuvent être considérés comme le lien entre les autorités nationales et les communautés. Lorsqu'ils sont correctement formés, supervisés et soutenus, ils peuvent fournir un large éventail de services pour contribuer à soulager des systèmes de santé saturés et accroître l'accès des personnes les plus difficiles à atteindre aux mesures sanitaires, comme nous le montrons dans le présent rapport. Cependant, il leur est impossible de réaliser ces tâches sans soutien et sans cadres légaux. Ces derniers pourraient prévoir, le cas échéant, un ordre de priorité pour la distribution d'EPI et de produits de riposte à la pandémie, des exceptions (le cas échéant) aux restrictions sur les déplacements des biens et du personnel, l'accès aux services de santé physique et mentale, l'accès aux données et aux informations, etc.

Œuvrer avec les communautés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des **plans de préparation aux situations d'urgence sanitaire à des fins de prévention, d'action précoce et d'intervention.** Les connaissances des communautés et leur adhésion jouent un rôle essentiel dans notre capacité de concevoir et de mettre en œuvre des plans de préparation et de réponse aux situations d'urgences de santé publique, et d'assurer leur suivi. Concrètement, cela peut se traduire de diverses façons : des évaluations communes des risques et de la vulnérabilité, la co-conception de mesures de préparation locales et nationales, des exercices de préparation, un suivi et une évaluation communs, la formation à la prévention, des programmes de détection et d'intervention rapides, et la révision régulière des procédures en vue d'y intégrer de nouvelles menaces ou de nouveaux enseignements.

Instaurer un dialogue bidirectionnel sincère avec les communautés concernant leurs besoins et leurs préoccupations en matière de santé. Les interventions de santé les plus efficaces sont celles élaborées en collaboration avec les communautés qui en ont besoin. Cela suppose de dialoguer régulièrement avec toutes les communautés, en particulier celles qui sont vulnérables ou marginalisées. Les praticiens doivent déterminer les besoins et les souhaits de ces communautés, ainsi que leurs capacités et leurs souhaits, et leurs vulnérabilités. Il est en outre essentiel de recueillir et d'analyser leurs retours d'information, à la fois pour élaborer de meilleurs systèmes de santé et pour créer des relations de confiance durables. Dans les partenariats avec les communautés, la responsabilité doit être conjointe et l'orientation adoptée doit se fonder sur des éléments probants. Cela favorise la confiance des communautés, la responsabilité civile et la solidarité publique nécessaire à la préparation aux urgences sanitaires et aux catastrophes. Notre travail doit être guidé par des données sociocomportementales et les points de vue des communautés, et l'action centrée sur les communautés doit devenir la norme.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Africa Frontline First (no date) <https://www.africafrontlinefirst.org/fr/>

Australian Red Cross (2020) *Local response in a global pandemic: a case study of the Red Cross response to Tropical Cyclone Harold during COVID-19 in Vanuatu and Fiji*. <https://www.alnap.org/system/files/content/resource/files/main/ARC-TC-Harold-Full-report-Electronic-171220.pdf>

Ballard M et al (2020) Prioritising the role of community health workers in the COVID-19 response. *BMJ Global Health*, 5, e002550. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002550>

Bavel JJV et al (2020) Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, pp. 460–71. <https://doi.org/10.1038/s41562-020-0884-z>

Bhaumik S et al (2020) Community health workers for pandemic response: a rapid evidence synthesis. *BMJ Global Health*, 5, e002769. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002769>

Burki T (2020) Global shortage of personal protective equipment. *The Lancet Infectious Diseases*, 20(7), 785–6. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30501-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30501-6)

Cameroon Red Cross (2021) *All Against COVID-19: A case study*. <https://communityengagementhub.org/resource/cameroon-red-cross-all-against-covid-19-a-case-study/>

Corbin JH et al (2021) A health promotion approach to emergency management: effective community engagement strategies from five cases. *Health Promotion International*, 36(Supplement_1), i24–i38. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab152>

COVID-19 National Preparedness Collaborators (2022) Pandemic preparedness and COVID-19: an exploratory analysis of infection and fatality rates, and contextual factors associated with preparedness in 177 countries, from Jan 1, 2020, to Sept 30, 2021. *The Lancet*, 399(10334), 1489–512. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00172-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00172-6)

Edelman (2022) *2022 Edelman Trust Barometer: The cycle of distrust*. Daniel J. Edelman Holdings, Inc. <https://www.edelman.com/trust/2022-trust-barometer>

Erlach E et al (2021) Using Community Feedback to Guide the COVID-19 Response in Sub-Saharan Africa: Red Cross and Red Crescent Approach and Lessons Learned from Ebola. *Health Security*, 19(1), pp. 13–20. <http://doi.org/10.1089/hs.2020.0195>

Garcini LM et al (2022) Dealing with distress from the COVID-19 pandemic: Mental health stressors and coping strategies in vulnerable latinx communities. *Health and Social Care in the Community*, 30(1) 284–94. <https://doi.org/10.1111/hsc.13402>

German Red Cross (2021) *Responding to COVID-19 In Urban Environments: Learning from Local Responders to Guide Future Epidemic & Pandemic Responses in Urban Areas*. <https://preparecenter.org/resource/responding-to-covid-19-in-urban-environments/>

Global Fund (2020) *Community-Based Monitoring: An overview*. https://www.theglobalfund.org/media/9622/core_css_overview_en.pdf

Grand Bargain (no date) <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

Holroyd E et al (2022) Community healthcare workers' experiences during and after COVID-19 lockdown: A qualitative study from Aotearoa New Zealand. *Health & Social Care in the Community*, 30, e2761–e2771. <https://doi.org/10.1111/hsc.13720>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2018) *Definitions Paper: IASC Humanitarian Financing Task Team, Localisation Marker Working Group*. https://interagencystandingcommittee.org/system/files/hftt_localisation_marker_definitions_paper_24_january_2018.pdf

IFRC (2019) *From words to action: Towards a community-centred approach to preparedness and response in health emergencies*. <https://www.gpmb.org/annual-reports/overview/item/from-words-to-action-towards-a-community-centred-approach-to-preparedness-and-response-in-health-emergencies>

IFRC (2020a) *COVID-19: Red Cross Red Crescent steps up European response, urges Governments to strengthen testing, tracing and isolation measures* <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-red-cross-red-crescent-steps-european-response-urges-governments-strengthen>

IFRC (2020b) *Care in Communities: Guidelines for National Red Cross Red Crescent Societies. A community health systems approach 2020*. <https://www.ifrc.org/fr/media/12608>

IFRC (2021a) *Africa CDC and IFRC ramp up COVID-19 response in Africa*. <https://www.ifrc.org/press-release/africa-cdc-and-ifrc-ramp-covid-19-response-africa>

IFRC (2021b) *COVID-19: IFRC calls for urgent action to tackle vaccine hesitancy in Europe amid increase in violent incidents*. <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-ifrc-calls-urgent-action-tackle-vaccine-hesitancy-europe-amid-increase>

IFRC (2021c) *COVID-19: Scaling up testing and strengthening national health systems with EU support*. <https://www.ifrc.org/article/covid-19-scaling-testing-and-strengthening-national-health-systems-eu-support>

IFRC (2021d) *Case Study: Community-based surveillance in Indonesia (Bahasa)*. <https://www.ifrc.org/document/case-study-community-based-surveillance-indonesia-bahasa>

IFRC (2021e) *Guide to Community Engagement and Accountability*. <https://www.ifrc.org/fr/media/11797>

IFRC (2022a) *Breaking the silos in community-driven epidemic preparedness and response*. https://communityengagementhub.org/wp-content/uploads/sites/2/2022/03/IFRC_SBCPoster.pdf

IFRC (2022b) *COVID-19 in the Americas: Listening to the most vulnerable*. <https://ifrcgo.org/ifrc-americas-covid-datatory/>

IFRC (2022c) *National-level risk communication and community engagement coordination*. <https://communityengagementhub.org/resource/national-level-risk-communication-and-community-engagement-coordination/>

IFRC (2022d) *Refugees, asylum seekers and COVID-19: Greece, United Kingdom and Netherlands*. <https://communityengagementhub.org/resource/refugees-asylum-seekers-and-covid-19-greece-united-kingdom-and-netherlands/>

IFRC (no date a) *Epidemic and Pandemic Preparedness*. <https://www.ifrc.org/fr/notre-travail/sante-et-soins/urgence-sanitaire/preparation-aux-epidemies-et-aux-pandemies>

IFRC (no date b) *Identified categories for tracking funding flows*. https://gblocalisation.ifrc.org/wp-content/uploads/2018/06/categories_for_tracking_direct_as_possible_funding_to_local_and_national_actors_003.pdf

IFRC (no date c) *Programmatic Partnership*. <https://www.ifrc.org/fr/engagez-vous/devenez-partenaire/institutions-financi%C3%A8res-multilat%C3%A9rales-et-internationales>

IFRC (no date d) *The auxiliary role*. <https://www.ifrc.org/fr/qui-sommes-nous/mouvement-international-croix-rouge-et-du-croissant-rouge/les-societes-nationales>

IFRC (non daté e) *A People-Centred Approach: Accelerating the engagement and leadership of communities to achieve health outcomes in the African continent*. Disponible sur demande.

IFRC (no date f) *Community Voices: COVID-19 immunization amid a complex humanitarian crisis in Syria*. Disponible sur demande.

IFRC on Medium (2021) *Tackling COVID-19 vaccine hesitancy*. <https://ifrc.medium.com/tackling-covid-19-vaccine-hesitancy-3ab32fdf312e>

IFRC Psychosocial Centre (2020) *Annual Report 2020*. <https://pscentre.org/?resource=annual-report-2020&selected=single-resource>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness & Response) (2021a) *Centering communities in pandemic preparedness and response: Background paper 10*. <https://theindependentpanel.org/wp-content/uploads/2021/05/Background-paper-10-community-involvement.pdf>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021b) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) (2021) *Why Not Local? Gender-based Violence, Women's Rights Organisations, and the Missed Opportunity of COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/why-not-local-gender-based-violence-womens-rights-organisations-and-missed-opportunity-covid>

Johnston A (2022) *Analysis of learning from IFRC COVID-19 response. International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies*. Disponible sur demande.

King's College London (2020) *The ten most dangerous coronavirus myths debunked*. <https://www.kcl.ac.uk/blog-the-ten-most-dangerous-coronavirus-myths-debunked-1>

Loewenson R et al (2021) Beyond command and control: A rapid review of meaningful community-engaged responses to COVID-19. *Global Public Health*, 16(8-9), pp. 1439–53. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1900316>

Lotta G et al (2022) The impact of the COVID-19 pandemic in the frontline health workforce: Perceptions of vulnerability of Brazil's community health workers. *Health Policy OPEN*, 3, 100065. <https://doi.org/10.1016/j.hlopen.2021.100065>

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018–2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health*, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005971>

Natoli L et al (2020) Community engagement to advance the GHSA: It's about time. *Health Security*, 18(4), pp. 335–7. <https://doi.org/10.1089/hs.2019.0099>

Núñez A et al (2021) Access to Healthcare during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2980. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062980>

OECD (2020) *Realising the Potential of Primary Health Care*. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/realising-the-potential-of-primary-health-care_a92adee4-en

Okan O et al (2022) Health literacy as a social vaccine in the COVID-19 pandemic. *Health Promotion International*, daab197. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab197>

Paksoy M (2020) *Turkish Red Crescent delivered the first 30,000 food parcels to those in need [in Turkish]*. Anadolu Agency. <https://www.aa.com.tr/tr/koronavirus/turk-kizilay-ilk-30-bin-gida-kolisini-ihtiyac-sahiplerine-ulastirdi/1787533>

PrepareCenter.org (no date) *Red Cross Red Crescent Urban Collaboration Platform*. <https://preparecenter.org/initiative/red-cross-red-crescent-urban-collaboration-platform/>

RCCE (Risk Communication and Community Engagement Collective Service) (no date) *The Collective Service*. <https://www.rcce-collective.net/the-collective-service/>

Resolve to Save Lives (2022) *Epidemics That Didn't Happen*. <https://preventepidemics.org/fr/les-epidemies-auxquelles-nous-avons-echappe/>

Royston G et al (2020) Universal access to essential health information: accelerating progress towards universal health coverage and other SDG health targets. *BMJ Global Health*, 5, e002475. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002475>

Sachs JD et al (2022) The *Lancet* Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Salisbury H (2021) Helen Salisbury: Trust me, I'm the family doctor. *BMJ*, 372, n293. <https://doi.org/10.1136/bmj.n293>

Sørensen K et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

TRC (Turkish Red Crescent) (2020) *Red Crescent Meal for Citizens in Quarantine*. <https://www.kizilay.org.tr/Haber/KurumsalHaberDetay/5036>

UN OHRLLS (UN Office of the High Representative for the Least Developed Countries, Landlocked Developing Countries and Small Island Developing States) (No date) *World's Most Vulnerable Countries Lack the Capacity to Respond to a Global Pandemic*. <https://www.un.org/ohrlls/news/world%E2%80%99s-most-vulnerable-countries-lack-capacity-respond-global-pandemic-credit-mfdelyas-almazir>

WHO (World Health Organization) (2020) *Shortage of personal protective equipment endangering health workers worldwide*. <https://www.who.int/fr/news/item/03-03-2020-shortage-of-personal-protective-equipment-endangering-health-workers-worldwide>

WHO (World Health Organization) (2021) *10 steps to community readiness: What countries should do to prepare communities for a COVID-19 vaccine, treatment or new test*. https://www.who.int/publications/i/item/who-2019-nCoV-Community_Readiness-2021.1

WHO (World Health Organization) (2022a) *New fund for pandemic prevention, preparedness and response formally established*. <https://www.who.int/news/item/09-09-2022-new-fund-for-pandemic-prevention--preparedness-and-response-formally-established>

WHO (World Health Organization) (2022b) *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030: Reporting at Seventy-fifth World Health Assembly*. <https://www.who.int/news/item/02-06-2022-global-strategy-on-human-resources-for-health--workforce-2030>

WHO (World Health Organization) (2022c) *Tracking Universal Health Coverage: 2021 Global monitoring report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

WHO (World Health Organization) (no date) *WHO called to return to the Declaration of Alma-Ata*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/declaration-of-alma-ata>

WHO (World Health Organization) & UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) *The role of community health workers in COVID-19 vaccination: implementation support guide, 26 April 2021*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/340986>

WHO SAGEI (WHO Strategic Advisory Group of Experts on Immunization) (2022) Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake WHO position paper – May 2022. *Weekly Epidemiological Record*, 97, 20. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720-209-224>

Colombie 2021 Face aux besoins humanitaires des migrants transcontinentaux, la Société de la Croix-Rouge colombienne a mis en place des interventions fondées sur une approche de premiers secours dans la municipalité de Necoclí, dans le département d'Antioquia. Elle est en coordination permanente avec les autorités territoriales, ce qui permet un suivi de la situation depuis le début de la route migratoire. La Société de la Croix-Rouge colombienne, en collaboration avec ses partenaires au sein du Mouvement et avec le soutien de la Croix-Rouge allemande et d'ECHO, continue de répondre de manière opportune et efficace aux besoins des migrants sur l'ensemble du territoire national.
© ECHO/Croix-Rouge allemande

SOLIDARITÉ MONDIALE





**Améliorer l'accès
aux produits et aux
services de riposte
aux pandémies**

Table des matières

Introduction	105
3.1 Ce que nous avons vu – les réussites et les échecs de la solidarité mondiale	106
3.2 Ce que nous avons appris – notre système mondial affaiblit souvent la solidarité	110
3.3 Ce qu'il faut faire – promouvoir la solidarité mondiale au niveau institutionnel	118
Recommandations clés	126

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 est une urgence mondiale nécessitant une solidarité mondiale. Dans certains domaines, tels que la recherche scientifique sur le coronavirus, la coopération internationale a été au rendez-vous et a donné lieu à des avancées sans précédent. Mais de nombreuses composantes de la lutte contre la pandémie ont pâti d'un manque de solidarité, notamment le partage et la distribution d'équipements de protection individuelle, des vaccins, des tests de dépistage, d'oxygène et d'autres formes de traitement des cas graves. Les inégalités en matière de distribution des vaccins en sont une bonne illustration : certains pays administraient des doses de rappel dès 2021, alors qu'ailleurs, la population a dû attendre 2022 pour recevoir les premières doses, après des milliers de décès évitables et la destruction de millions de doses périmées et non utilisées. **La communauté internationale doit impérativement réformer ses processus de façon à ouvrir la voie à des interventions bien plus équitables lors des prochaines crises.** C'est tant la chaîne d'approvisionnement qu'il faut réformer – pour approvisionner rapidement tous les pays en fournitures adéquates – que les systèmes – pour garantir une fourniture équitable des vaccins et d'autres produits essentiels aux personnes qui en ont besoin. En parallèle, il convient de réviser en profondeur les modalités des financements humanitaires, en particulier en les rendant plus souples, en réduisant l'affectation préalable des fonds et en améliorant l'appui aux interventions locales.

Définitions

Produits de riposte aux pandémies : produits concrets tels que des équipements de protection individuelle, des vaccins, des diagnostics, de l'oxygène et d'autres formes de traitement pour les cas graves. L'accès aux produits de riposte aux pandémies dépend en partie de la fourniture et de la distribution de ces produits au niveau mondial, mais aussi de la fourniture d'informations et de services de santé solides au niveau national, y compris au niveau communautaire.

3.1 CE QUE NOUS AVONS VU

LES RÉUSSITES ET LES ÉCHECS DE LA SOLIDARITÉ MONDIALE

La pandémie de Covid-19 a causé une crise véritablement mondiale. Chaque nation, chaque territoire a été touché. Cette urgence, qui n'avait pas été anticipée, a imposé de prendre des mesures exceptionnelles, exigeant en particulier des niveaux de solidarité inédits. Dans un scénario idéal, les mécanismes de solidarité auraient été mis en place avant la survenue de la pandémie.

Certaines initiatives positives témoignent d'une collaboration impressionnante (voir Encadré 3.1, ÉTUDE DE CAS : La solidarité en matière de vaccins manifestée par la Croix-Rouge chinoise), comme dans le cas de la recherche sur le virus SARS-CoV-2 et de la maladie qu'il cause, ou du moins sa présentation et ses symptômes de base. Dans le domaine de la recherche, la pandémie a marqué l'apogée de la collaboration internationale, avec le partage libre, à très grande échelle, de données. Une méta-analyse publiée en août 2022 faisait état de 346 267 études réalisées par des chercheurs issus de 189 pays. Ces chiffres y étaient expliqués par une « réaction scientifique mondiale de très grande ampleur » (Cao and Hou, 2022). Le génome du virus SARS-Cov-2 a été séquencé pour la première fois par des chercheurs chinois et publié en ligne le 10 janvier 2020 (Zhang et al, 2020), et à peine 14 jours plus tard, une description détaillée en était fournie dans un journal scientifique (Zhu et al, 2020). À mesure que le virus se propageait dans le monde, des dizaines d'autres organisations ont également partagé des données, notamment génétiques. Ce flot d'informations à disposition du public est à la source de l'élaboration rapide des vaccins et d'autres traitements.

Cet effort scientifique s'est accompagné d'une initiative internationale visant à garantir un accès **équitable** aux technologies de santé liées au Covid-19. Le dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre le Covid-19 (Accélérateur ACT) a été lancé en avril 2020 par le groupe de pays du G20. Son objectif déclaré était de « faire en sorte que toutes les personnes aient accès à tous les outils pour venir à bout [du] Covid-19 » (WHO, 2020). À cet effet, le programme a réuni gouvernements, scientifiques, entreprises, représentants de la société civile, philanthropes et organisations internationales du secteur de la santé (WHO, non daté c). Quatre domaines étaient ciblés : le diagnostic, les traitements, les vaccins et les systèmes de santé (WHO ACT-A, 2020).

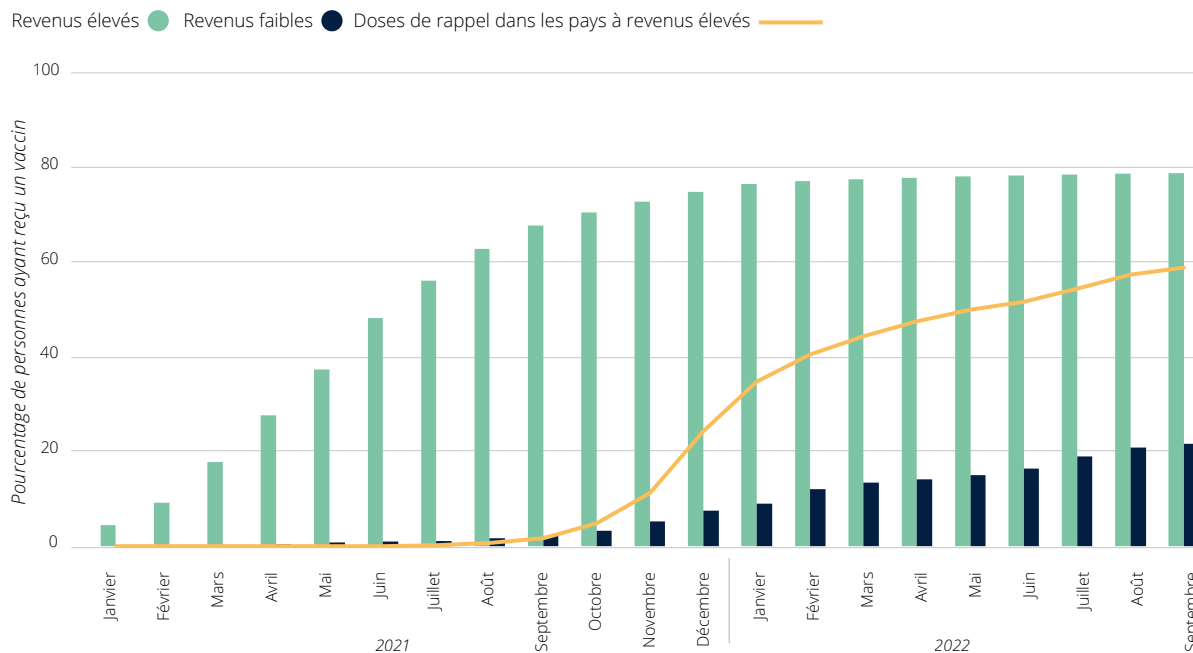
L'Accélérateur ACT a donné lieu à d'importantes réussites, ainsi qu'à des échecs notables. Fin mars 2022, il avait permis de fournir plus de 167,8 millions de tests, de doter les États de 184 millions de dollars É.U. à des fins de traitements et de matériel hospitalier, et de fournir des équipements de protection individuelle (EPI) pour une valeur de 463 millions de dollars É.U. (WHO ACT-A, 2022). Un rapport indépendant publié en octobre 2021 montre qu'en dépit de problèmes de taille, l'Accélérateur ACT a « joué un rôle complémentaire important pour accélérer l'élaboration et la fourniture d'outils essentiels et a répondu aux besoins des pays » (WHO ACT-A, 2021). Plus récemment, en octobre 2022, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a publié une évaluation externe du programme (WHO and Open Consultants, 2022) indiquant que celui-ci avait « permis un niveau inédit de coordination et de collaboration entre les institutions internationales de santé », ce qui a accéléré la lutte contre la pandémie. L'étude notait cependant que son modèle de coordination était trop « informel » et ne devrait pas être reproduit en cas de prochaine pandémie. Le niveau de transparence et de redevabilité était insuffisant et les gouvernements des pays à faible revenu n'étaient

pas assez représentés. Enfin, le programme a toujours été sous-financé, malgré les 23,5 milliards de dollars É.U. recueillis, et il a eu du mal à déboursier les fonds rapidement. Ces problèmes découlent inévitablement du fait que le programme a été instauré en pleine pandémie, et non en amont de cette dernière.

Par ailleurs, certaines initiatives visant à améliorer l'accès aux vaccins avaient déjà été mises en place avant la pandémie, notamment la Coalition pour les innovations en matière de préparation aux épidémies (CEPI), créée en 2017 par un consortium d'organisations caritatives et de gouvernements. Le but était de créer un fonds mondial destiné à l'élaboration de vaccins pour accélérer ce processus. Le CEPI ciblait au départ six maladies, dont la maladie à virus Ebola et la maladie à virus Zika. En janvier 2020, il a commencé à financer le développement, dans l'urgence, de vaccins contre le Covid-19 (CEPI, 2020). Le CEPI a été critiqué en raison du manque de transparence des accords conclus avec les fabricants de vaccins (Usher, 2021). Néanmoins, son programme a permis de garantir l'élaboration, les essais et l'approbation rapides des vaccins, et donc de sauver des millions de vies dans certains pays (CEPI, 2022).

Ces exemples illustrent des réussites de la solidarité internationale, mais la pandémie a également exposé ses échecs retentissants. **Certes, l'élaboration des vaccins a été l'une des réussites majeures de la coopération internationale, mais pour ce qui a été de les produire rapidement, de les distribuer équitablement et de les fournir aux communautés, elle a été calamiteuse.** Au 7 novembre 2022, selon l'OMS, à peine 68 % de la population mondiale avait reçu une dose de vaccin contre le Covid-19 (WHO, non daté d). L'objectif initial de l'OMS, qui a été révisé depuis lors (WHO Immunization, Vaccines and Biologicals, 2021b), était d'avoir administré un schéma vaccinal complet – deux doses – à 70 % de la population à la mi-2022 (WHO Immunization, Vaccines and Biologicals, 2021a).

Figure 3.1 : Décalage dans la réception des vaccins dans les pays à faible revenu, par rapport aux pays à revenu élevé



Source : UNICEF, Banque mondiale

Il est donc choquant de constater qu'au 2 novembre 2022, 26 % seulement de la population des pays à faible revenu avaient été vaccinés, et ce, à raison d'une seule dose ([UNDP Data Futures Platform, non daté](#)). Un rapport d'octobre 2022 de la ressource d'analyse de données Pandemic souligne les inégalités à l'échelle internationale ([Schellekens, 2022](#)). Il montre qu'en termes absolus, les personnes non vaccinées sont représentées de façon disproportionnée en Afrique, en Asie du Sud et en Asie du Sud-Est, dans les pays à revenu faible et intermédiaire. De même, en juin 2022, près d'un milliard de personnes en Asie et dans la région Pacifique n'avaient pas encore reçu une seule dose de vaccin ([IFRC, 2022a](#)). Les taux de vaccination sont également très faibles en Afrique, avec 24 % de la population entièrement vaccinée, et 6 % ayant reçu une seule dose ([Mathieu et al, non daté](#)). Par exemple, au 2 novembre 2022, à peine 5,8 % de la population de la République démocratique du Congo avait reçu une dose de vaccin, et 3,8 % les deux doses ([COVID19 Vaccine Tracker, non daté](#)).

Comment une telle injustice a-t-elle pu se produire ? La réponse est complexe, mais l'échec de la solidarité en est l'un des facteurs clés, qui s'explique par une combinaison d'intérêts économiques, de manque de courage politique et d'incapacité à prendre suffisamment au sérieux les conséquences de la pandémie. Un autre facteur clé réside dans le manque de préparation. Parmi les mécanismes évoqués ci-dessus, beaucoup ont été créés peu de temps avant la pandémie, voire en pleine crise. Cela n'a pas laissé aux chercheurs le temps d'anticiper ou d'envisager pleinement les processus extrêmement complexes présidant à l'élaboration, à la production, à la distribution et à l'administration des produits de riposte à la pandémie tels que les vaccins, les traitements et les produits de diagnostic. Nous examinerons plus en détail ce qu'il s'est passé à la section 3.2.



ENCADRÉ 3.1 / ÉTUDE DE CAS : LA SOLIDARITÉ EN MATIÈRE DE VACCINS MANIFESTÉE PAR LA CROIX-ROUGE CHINOISE

La mise au point des premiers vaccins contre le Covid-19, en 2020, a donné de l'espoir au monde entier. Cependant, de nombreux pays n'ont pu offrir de vaccins à l'entièreté de leur population. Pour combler ce manque, les membres du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge se sont soutenus mutuellement pour fournir des vaccins aux personnes qui en avaient besoin.

La Croix-Rouge chinoise a activement contribué à fournir des vaccins à d'autres Sociétés nationales et pays. Elle a fait don d'un certain nombre de vaccins et en a distribué d'autres fournis par des donateurs. Au total, elle a distribué 2,1 millions de doses à d'autres nations.

Tableau 3.1 : Dons de doses de vaccins par la Croix-Rouge chinoise à d'autres pays, 2021-2022

Date	Nombre de doses de vaccin	Pays bénéficiaire
Juin 2021	100 000	Éthiopie (Xinhua, 2021a)
Juillet 2021	150 000	République arabe syrienne (Xinhua, 2021b)
Juillet 2021	50 000	Liban (RCSC, 2021a)
Août 2021	100 000	Cambodge (Xinhua, 2021c)
Août 2021	100 000	Thaïlande (TRCS, 2021)
Septembre 2021	200 000	Indonésie (Ambassade de la République populaire de Chine en Indonésie, 2021)
Septembre 2021	100 000	Népal (RCSC, 2021b)
Septembre 2021	100 000	Népal (RCSC, 2021c)
Octobre 2021	200 000	Bangladesh (RCSC, 2021d)
Novembre 2021	200 000	Pakistan (Xiaoyu, 2021)
Novembre 2021	100 000	Laos (RCSC, 2021e)
Décembre 2021	200 000	Myanmar (RCSC, 2021f)
Octobre 2022	500 000	Nicaragua (RCSC, 2022)

3.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS NOTRE SYSTÈME MONDIAL AFFAIBLIT SOUVENT LA SOLIDARITÉ

Nos institutions mondiales n'étaient pas prêtes pour le Covid-19, en dépit des nombreuses initiatives de préparation aux épidémies et aux pandémies, et en dépit des enseignements tirés du grand nombre de flambées de maladies de ces dernières décennies, telles que la grippe H1N1 et la maladie à virus Zika. Quantité de vulnérabilités connues n'ont pas été prises en compte ([IPPPR, 2021](#)). Certains choix politiques difficiles auraient dû être faits avant la pandémie, mais en l'absence de tels choix ([Sachs et al., 2022](#)), les systèmes, qui auraient dû être coordonnés à l'échelle de la planète, ont été gérés de façon désordonnée, produisant des effets chaotiques.

3.2.1 Pourquoi le partage des produits de riposte à la pandémie n'a-t-il pas été équitable ?

De nombreux produits clés de la lutte contre la pandémie, notamment les médicaments et les vaccins, étaient concentrés dans les pays riches. Par exemple, ceux-ci ont acheté d'importantes quantités de remdesivir, resté pendant plusieurs mois le seul médicament autorisé pour traiter le Covid-19 ([Cheng and Marchione, 2020](#)). Cela n'a rien de surprenant, l'accès inéquitable aux vaccins étant un problème de longue date ([Hinman and McKinlay, 2015](#)). De même, un rapport de l'OMS datant d'avant la pandémie soulignait que près de deux milliards de personnes n'avaient pas accès aux médicaments de base ([WHO, 2017](#)).

Au début de la pandémie, des mois avant que les vaccins contre le Covid-19 aient fait leurs preuves, des initiatives ont été lancées pour garantir leur distribution mondiale équitable ([WHO, non daté b](#)). Malheureusement, ces initiatives n'ont connu qu'un succès partiel.

Parmi les projets cruciaux visant à garantir cette équité figure le projet « COVID-19 Vaccines Global Access » (COVAX) ([WHO, non daté a](#)), créé dans le cadre de l'Accélérateur ACT début 2020 avec, pour partenaires clés, le CEPI, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). L'autre leader de COVAX est GAVI, l'Alliance du vaccin, un partenariat public-privé axé sur l'accès au vaccin dans les pays pauvres ([GAVI, non daté a](#)). Le projet COVAX était destiné à acquérir des doses de vaccins et à les distribuer aux pays qui, sans cela, auraient eu du mal à en acheter. En outre, étant donné qu'il est souvent difficile pour les programmes de vaccination de toucher les personnes dans les contextes de crise humanitaire, ce projet prévoyait une réserve de jusqu'à 5 % de ses doses vaccins (appelée « stock tampon ») pour une utilisation à usage humanitaire en faveur des populations à haut risque ([GAVI, 2021a](#)).

COVAX a entamé la distribution des vaccins en février 2021 ([BBC News, 2021](#)). En août 2022, il avait fourni 1,63 milliard de doses à 146 pays. Ce chiffre important masque cependant de nombreuses difficultés, tant sur le plan de la vitesse de livraison que sur celui de l'administration des vaccins elle-même, une fois ceux-ci parvenus aux pays.

La nature des obstacles auxquels COVAX a été confronté a évolué dans le temps. En 2021, la difficulté était d'obtenir suffisamment de doses de vaccin, en partie parce que les gouvernements avaient commencé à travailler avec des fabricants pour réserver des doses avant même leur création. De plus, de nombreux pays n'autorisaient ni le départ ni l'arrivée d'aucun vol. Mais en 2022, l'approvisionnement ne posait plus aucun problème. Par contre, les modes de livraison, le calendrier et les capacités de vaccination dans les pays étaient problématiques. Par exemple, des difficultés majeures ont entravé la logistique sur place, la distribution des vaccins dans les communautés, la gestion de la chaîne du froid et les messages adressés à la population dans chaque pays pour encourager l'adhésion à la vaccination et réduire l'hésitation vaccinale. Si ces problèmes ne sont pas résolus, tout effort de distribution future de vaccins donnera lieu à des complications. En parallèle, le mécanisme des « stocks tampons », destiné à inclure les populations vulnérables et marginalisées que les gouvernements ne sont pas en mesure de vacciner rapidement eux-mêmes, était également en difficulté. En septembre 2021, aucune dose n'avait été distribuée ([Bentley and Zerie, 2021](#)). Même lorsque les vaccins ont commencé à circuler, les acteurs humanitaires ont pointé « l'opacité » et « la lourdeur » de ce mécanisme, qui ont entraîné des « litiges contractuels épuisants » et des retards de plusieurs mois ([MSF, 2022a](#)).

En 2022, la situation était très différente ([Paton, 2022](#)). Depuis décembre 2021, les vaccins étaient expédiés en quantités importantes aux pays à revenu faible ou intermédiaire ([GAVI, non daté b](#)). En février 2022, pour la première fois, l'offre dépassait la demande ([Guarascio and Rigby, 2022](#)). Les fabricants avaient du mal à vendre leurs vaccins, et COVAX a peiné à distribuer les doses achetées ([Braithwaite, 2022](#)). Certains pays ont commencé à refuser des livraisons, en particulier en cas de courte durée de conservation nécessitant une mise en œuvre rapide de campagnes de vaccination de masse et rendant la distribution difficile ([Dunleavy, 2022](#)). Les systèmes de santé surchargés, qui avaient déjà du mal à réceptionner des colis de taille normale, géraient (et gèrent encore) tant bien que mal les énormes quantités de vaccins qui étaient déversées sur eux. Ils auraient été davantage en capacité de gérer des livraisons échelonnées sur plusieurs mois.

Cette situation n'est pas sans ironie, les doses étant en fait arrivées trop tard. Au moment où les pays les ont reçues, beaucoup de personnes avaient déjà contracté le Covid-19 et il régnait dans de nombreuses régions un sentiment populaire, bien qu'erroné, selon lequel la pandémie était terminée. En conséquence, l'augmentation des livraisons de vaccins a coïncidé avec un fléchissement de la perception du risque lié au Covid-19 au sein de la population. De plus, les retards ont eux-mêmes été un facteur de dissuasion. Certains, par exemple, s'étaient désintéressés de la situation (« fatigue pandémique ») ou se méfiaient de ces vaccins tardifs. Cela a conduit à une diminution de la demande en vaccins, alors que si les doses étaient arrivées en 2021, la demande aurait sans doute été plus élevée ([WHO, 2022a](#)).

La Fédération internationale a cherché à atténuer ces problèmes en tentant de travailler avec le stock tampon de COVAX et en s'approvisionnant directement en vaccins, mais ces deux tentatives ont largement échoué.

Cependant, la fourniture des vaccins n'a pas été le seul problème, loin de là. Faire parvenir les vaccins dans un pays est une chose, mais il faut également les transporter à l'intérieur du pays, vers les communautés qui en ont besoin, mettre sur pied des sites de vaccination et convaincre la population des avantages de la vaccination, parfois dans un contexte d'hésitation vaccinale. Ce n'est que si la totalité de ce système logistique fonctionne que les doses peuvent être administrées (Encadré 3.2, ÉTUDE DE CAS : Fourniture de vaccins anti-Covid-19 en Iran). Malheureusement, le financement des coûts opérationnels liés à la mise en œuvre sur le terrain était insuffisant ([IAVG, 2021](#)). Seule une très petite proportion des fonds de COVAX était disponible de façon flexible pour les organisations telles que les ONG s'employant à livrer des vaccins à l'intérieur des pays ([WHO, 2022b](#)).

On savait que la livraison des vaccins serait une gageure, en particulier dans les pays dotés de systèmes de santé précaires, car il est difficile de garantir la chaîne du froid pour préserver les vaccins, d'accéder aux communautés éloignées et de trouver suffisamment de personnel formé pour administrer les vaccins. Il y a également un défi considérable à relever en matière de mobilisation communautaire et de redevabilité pour vaincre l'hésitation vaccinale. Malheureusement, en raison du manque quasi total de soutien à la logistique interne, de nombreux pays n'ont même pas pu tenter de surmonter ces difficultés. Un rapport d'août 2022 intitulé *Mapping COVID-19 Access Gaps* (Cartographie des lacunes dans l'accès aux moyens de lutte contre le Covid-19) étudiait 14 pays et territoires à faible taux de vaccination ; il en ressort que de nombreux facteurs expliquent cette faible adhésion, notamment « l'éloignement des centres de vaccination et la méfiance envers le gouvernement (République démocratique du Congo et Haïti) ; l'insécurité et la violence (Haïti et Nigéria) ; des difficultés constantes de prévisibilité de l'approvisionnement ; des effectifs insuffisants pour toucher les populations nomades (Somalie) et la méfiance due à des inquiétudes légitimes issues de souvenirs historiques d'expérimentations sur des corps noirs par les colonisateurs blancs » (ITPC, 2022).

Enfin, un problème a plané sur toutes les phases du déploiement des vaccins à l'échelle mondiale, à savoir, la question de l'indemnisation et de la responsabilité. Au départ, les fabricants de vaccins contre le Covid-19 ne pouvaient souscrire d'assurance pour leurs produits, le niveau de risque étant trop élevé. Ce sont donc les gouvernements qui ont endossé la plus grosse part du risque, et des clauses de limitation de responsabilité ont été prévues pour protéger les acteurs de la vaccination. COVAX a ainsi créé un programme d'indemnisation en l'absence de faute qui indemnisait toute victime d'un effet indésirable d'un vaccin fourni par son truchement (GAVI, 2021b). Cependant, ce programme ayant expiré très rapidement, les risques juridiques ont été transférés aux organisations distribuant les vaccins. En théorie, toute personne souffrant d'un effet secondaire du vaccin pouvait engager une action en justice contre ces organisations et potentiellement les mettre en faillite. Ce risque a conduit de nombreux gouvernements et organisations à s'abstenir de distribuer les vaccins contre le Covid-19 (Tharakan and Hart, 2021).

En conséquence, il est à présent possible que cette situation, au départ exceptionnelle, se fige en un problème de longue durée. À ce stade, plusieurs vaccins ont été largement approuvés et les tests ont démontré leur efficacité et l'absence de risque majeur. Néanmoins, la plupart des fabricants ne sont toujours pas assurés, ce qui pourrait créer un précédent alarmant pour d'autres vaccins contre le Covid-19 ou d'autres maladies.



ENCADRÉ 3.2 / ÉTUDE DE CAS

LA FOURNITURE DE VACCINS ANTI-COVID-19 EN IRAN

Les acteurs locaux ont un rôle essentiel à jouer dans la distribution des vaccins dans les pays, en particulier à destination des communautés vulnérables et éloignées.

La Société du Croissant-Rouge de la République islamique d’Iran, seule organisation humanitaire du pays autorisée à faciliter l’importation de vaccins anti-Covid-19, est parvenue à importer plus de 120 millions de doses de vaccins (IFRC, non daté).

Elle gère 10 hôpitaux de terrain, ainsi que 173 centres de vaccination établis en collaboration avec le ministère de la Santé iranien. Tous ces centres ont participé aux campagnes de vaccination contre le Covid-19. Point crucial, la Société nationale s’est vu confier la mission de faciliter la vaccination de trois à quatre millions de réfugiés présents dans le pays (sous réserve de la disponibilité des vaccins).



Iran 2021 La Société du Croissant-Rouge de la République islamique d’Iran a mobilisé des milliers de volontaires dans le cadre de la lutte contre le Covid-19 et est parvenue à obtenir l’importation en Iran de plus de 120 millions de doses de vaccin contre le Covid-19. Le Croissant-Rouge est la seule organisation humanitaire du pays à avoir reçu l’autorisation de faciliter l’importation de vaccins contre le coronavirus. © Société du Croissant-Rouge de la République islamique d’Iran

3.2.2 Les insuffisances des financements humanitaires

Les financements humanitaires sont l'un des mécanismes clés de la solidarité mondiale. Ils soutiennent les personnes qui en ont le plus besoin mais disposent des capacités financières les moins importantes pour gérer les risques et les conséquences des catastrophes. Durant la pandémie de Covid-19, les appels humanitaires mondiaux ont permis de recueillir des sommes énormes et d'atténuer considérablement les effets de la crise. Mais cela était loin d'être suffisant ; de plus, l'argent n'est pas toujours parvenu aux personnes qui en avaient le plus besoin. Dans cette section, nous examinons les insuffisances du système de financement humanitaire, qui ont des répercussions sur la riposte internationale en cas de flambée de maladie ou d'autre crise. Pour résumer, il n'y a pas assez d'argent et, pour diverses raisons, lorsqu'il y en a, il ne parvient pas toujours à ceux qui en ont le plus besoin.

En termes d'échelle, les dons humanitaires destinés à la lutte contre le Covid-19 ont été sans commune mesure ([IRC and Development Initiatives, 2021](#)). En 2020, les donateurs se sont engagés à payer ou ont payé 6,8 milliards de dollars É.U. au titre de la riposte contre le Covid-19 ([UN OCHA, non daté a](#)). Ce montant inclut 3,8 milliards de dollars É.U. destinés au plan de réponse humanitaire global des Nations Unies (plan de réponse humanitaire) ([Development Initiatives, 2022a](#)). Depuis 2021, les Nations Unies ne lancent plus d'appels spécifiques pour lutter contre la pandémie, mais des financements humanitaires peuvent toujours être réservés aux urgences liées au Covid-19. Selon les données des Nations Unies, 1,52 milliard de dollars É.U. était réservé à la lutte contre le Covid-19 en 2021, contre 540,1 millions au 7 novembre 2022 ([UN OCHA, non daté a](#)). Cependant, en octobre 2022, la Fédération internationale à elle seule a recueilli plus de 399 millions de francs suisses dans le cadre de son appel au titre de la lutte contre le Covid-19, qui se clôturait fin 2022. Dans le même temps, les Sociétés nationales ont recueilli 2,4 milliards de francs suisses par l'intermédiaire des gouvernements de leur pays ou sous la forme de dons individuels ([IFRC GO, non daté](#)).

Mais ces financements n'ont pas suffi, et en 2020, les dons n'ont couvert que 40 % des financements nécessaires dans le cadre du plan de réponse humanitaire ([Development Initiatives, 2022a](#)), soit moins de la moitié de la somme requise pour lutter contre la pandémie. Le cas du Népal fournit à cet égard un exemple extrême : ayant lancé en 2021 un appel national pour la riposte contre le Covid-19 avec un objectif de 83,6 millions de dollars É.U., il n'a reçu que 7,4 millions – autrement dit, 91,2 % de ses besoins n'ont pas été couverts ([UN OCHA, non daté b](#)).

Cette situation se reproduit de façon systématique depuis de nombreuses années à travers toute la sphère humanitaire. Selon le *Rapport sur l'aide humanitaire mondiale 2022*, les financements humanitaires mondiaux ont atteint un plateau depuis 2018. En 2021, les dons à l'échelle mondiale s'élevaient 31,3 milliards de dollars É.U., contre 30,5 milliards ou 30,6 milliards pour chacune des trois années précédentes. Cela indique que la pandémie de Covid-19 n'a pas suscité une augmentation des dons humanitaires globaux. Au lieu de cela, certains dons ont simplement été redirigés vers le Covid-19 au détriment d'autres besoins. Il en découle que les besoins humanitaires n'étaient pas satisfaits avant la pandémie et ne le sont toujours pas. Concernant les appels coordonnés par les Nations Unies, depuis 2012, la part du total des besoins remplis fluctue entre 51 et 65 %, sans jamais approcher les 100 %. En 2021, à peine 53 % des besoins étaient

remplis ([Development Initiatives, 2022b](#)). De plus, un nombre croissant de personnes sont confrontées à des crises prolongées, ce qui signifie que tous les ans depuis ces cinq dernières années au moins, leur pays fait l'objet d'appels coordonnés des Nations Unies. Le *Rapport sur l'aide humanitaire mondiale 2022* indique qu'en 2021, le nombre de pays subissant une crise prolongée est passé à 36, contre 34 en 2020. Ces pays hébergent 74 % de l'ensemble des personnes en détresse ([Development Initiatives, 2022b](#)).

Parallèlement se pose la question de la destination des fonds. La distribution juste et équitable des ressources doit être garantie ([Emanuel et al, 2020](#)), et il convient de souligner que cela est loin d'être un détail, tant les enjeux éthiques sont nombreux ([O'Sullivan et al, 2022](#)). Pourtant, l'argent et les efforts destinés à l'action humanitaire ne sont pas répartis de façon optimale. Des sommes disproportionnées vont à certains pays et régions, et à certaines crises ou certains types de crises. Il en résulte que les personnes qui en ont le plus besoin sont souvent négligées. En 2021, dix pays ont reçu 60 % de l'aide humanitaire internationale destinée aux pays. Le Yémen a été le plus grand bénéficiaire, avec 2,7 milliards de dollars É.U., soit 12 % de la somme totale ([Development Initiatives, 2022b](#)). Bien sûr, les besoins de ce pays sont considérables, mais d'autres pays et régions ont également besoin d'une aide importante. Certains éléments témoignent d'un favoritisme régional et ethnique dans l'affectation de l'aide ([Bommer et al, 2022](#)) ([Bommer et al, 2018](#)). Par ailleurs, certaines zones de conflit sont négligées ([Narang, 2016](#)). On constate également que des aides ont été réorientées au profit de crises soudaines de très grande ampleur, comme cela semble être le cas pour l'Ukraine ([Development Initiatives, 2022c](#)). Les choix de financement sont certes toujours politiques, mais il est important de dépolitiser autant que possible l'aide humanitaire.

Enfin, les financements devraient être davantage attribués au niveau local. Financer directement les acteurs locaux est plus efficace et permet d'associer plus étroitement les personnes qui connaissent le mieux le contexte aux prises de décisions financières. En fournissant de l'argent directement aux **acteurs locaux** et aux acteurs nationaux, on offre à ces derniers davantage de ressources et de flexibilité (voir Chapitre 2). Ils sont mieux à même d'influer sur les priorités des donateurs et contribuent davantage à la conception et à la réalisation des programmes. De plus, ils sont plus susceptibles de pouvoir accéder à des fonds généraux que si l'argent leur parvient par l'intermédiaire d'une organisation internationale.

L'appel mondial lancé par la Fédération internationale pour lutter contre le Covid-19 était innovant, car les fonds étaient destinés au niveau local. Ainsi, en septembre 2022, 50 % des sommes recueillies par le Secrétariat avaient été directement transférées aux Sociétés nationales¹. De même, à cette même période, 70 % des fonds recueillis par le réseau de la Fédération internationale avaient été dépensés au niveau national. Cependant, le système humanitaire plus large éprouve des difficultés à financer le niveau local de la sorte. Selon le *Rapport mondial sur l'aide humanitaire 2022*, les acteurs locaux et nationaux ont reçu deux fois moins de fonds directs en 2021 (302 millions de dollars É.U.) que l'année précédente (603 millions). Les financements locaux et nationaux avaient augmenté en 2020, stimulés en grande partie par la riposte contre le Covid-19. Cependant, cela était principalement dû à un basculement des financements vers les gouvernements nationaux plutôt que vers les organisations de la société civile et, quoi qu'il en soit, cette tendance s'est rapidement inversée ([Development Initiatives, 2022b](#)).

¹ Environ 30 % supplémentaires ont été dépensés en achats mondiaux et régionaux de marchandises qui étaient ensuite envoyées aux pays pour distribution par les Sociétés nationales.

L'appel de la Fédération internationale au titre du Covid-19 a également réussi à limiter l'affectation stricte des fonds, du moins au départ. Souvent, les donateurs insistent pour que leur argent soit alloué à des régions ou à des projets spécifiques, ce qui nuit aux interventions humanitaires, celles-ci étant de ce fait moins flexibles. Le Covid-19 illustre bien ce phénomène, car le nombre de cas atteignait des pics à différents moments en différents endroits. Au début de la pandémie, le Secrétariat a essayé d'encourager les dons non affectés et n'acceptait pas l'affectation préalable des fonds à des pays donnés. Beaucoup de donateurs se sont montrés coopératifs et dans les évaluations qui ont suivi, les donateurs extérieurs ont indiqué avoir été satisfaits de la façon dont la Fédération avait géré l'appel. Cependant, au troisième trimestre de 2020, celle-ci a eu du mal à attirer des financements non affectés et a été contrainte d'accepter des fonds plus ciblés. Cela a eu un effet négatif sur ses interventions. Certaines régions et certains pays ont souffert d'un manque de financement et les Sociétés nationales ont dû revoir leurs plans à la baisse. En conséquence, la riposte, jusque-là très souple et efficace, a été en partie limitée en raison de la volonté des donateurs d'affecter leurs fonds au préalable ([IFRC, 2022b](#)). Une tendance semblable a été observée partout dans le monde. En mars 2020, le Comité permanent interorganisations a publié des directives demandant un financement plus simple et plus flexible ([IASC, 2020](#)). Le *Rapport mondial sur l'aide humanitaire 2022* a montré par la suite que neuf institutions des Nations Unies ont obtenu davantage de financements non affectés en 2020, mais moins en 2021 ([Development Initiatives, 2022b](#)).

En résumé, la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les nombreux problèmes de longue date qui marquent les financements humanitaires. Les niveaux de financements ne sont pas suffisants pour répondre aux besoins mondiaux. Les dons ne vont pas toujours aux communautés qui en ont le plus besoin parce que les donateurs leur attribuent une destination au préalable. Enfin, les financements ne sont pas suffisamment distribués à l'échelle locale.

3.2.3 Les conséquences de l'échec de la solidarité

L'insuffisance de la solidarité mondiale n'est pas seulement un échec moral et humanitaire ; elle a aussi constitué l'un des facteurs ayant aidé le virus SARS-CoV-2 à se propager plus vite et plus loin, infectant et tuant plus de personnes. Selon une étude, il est estimé que si l'on s'en tient uniquement à la question de l'achat des vaccins, l'accaparement par certains a coûté plus d'un million de vies ([Ledford, 2022](#)). Cela a ensuite multiplié les possibilités de mutation pour le virus, et de propagation de ces mutations ([Otto et al 2021](#)). Le virus avait donc davantage de chances d'évoluer en de nouveaux variants tels que le variant Omicron, qui se révèle être à la fois très contagieux et partiellement capable d'échapper aux vaccins ([Callaway, 2021](#)).

Tout cela a un impact considérable sur la santé, les moyens de subsistance, les économies et la société. Enfin, il est impossible d'évaluer le coût définitif de la pandémie, le virus continuant à se propager et à évoluer. Personne ne sera en sécurité tant que tout le monde ne le sera pas ; cela devrait aller de soi. À cause des défaillances de la communauté internationale, même aujourd'hui, plus de deux ans après le début de la pandémie, personne n'en est à l'abri. Nous ne cesserons jamais de faire appel à la solidarité internationale : la pandémie de Covid-19 n'est pas terminée et même si elle l'était, rien n'indique que le risque de crise sanitaire mondiale diminue.



Espagne 2020 Des volontaires soignent et transportent une personne atteinte du Covid-19 à Sollana. © Mikel Poncela

3.3 CE QU'IL FAUT FAIRE PROMOUVOIR LA SOLIDARITÉ MONDIALE AU NIVEAU INSTITUTIONNEL

Si nos institutions et systèmes internationaux font obstacle à une véritable solidarité mondiale, même dans une situation d'urgence de grande ampleur telle que la pandémie de Covid-19, alors, ils doivent être réformés. Dans cette section, nous examinerons certaines voies prometteuses, d'abord pour garantir un accès plus équitable aux produits essentiels de lutte contre les flambées de maladies, tels que les vaccins, ensuite, pour améliorer la répartition des financements humanitaires.

3.3.1 Garantir un accès équitable aux vaccins et aux autres produits essentiels de lutte contre les flambées de maladies

Les solutions diffèrent selon qu'il s'agit de produits déjà connus, tels que les masques de protection ou les médicaments existants, ou de nouveaux produits, tels que les vaccins récemment mis au point.

Pour les produits existants, une solution naturelle contre les pénuries potentielles consisterait à accroître les stocks de produits pouvant servir de façon prévisible dans de nombreux types de flambée. En développant et en maintenant plusieurs stocks dans plusieurs pays et régions, on augmente la fiabilité. Les stocks doivent être régulièrement renouvelés, de nombreux produits de riposte aux pandémies ayant une validité limitée dans le temps. L'un des grands défis réside dans la définition de la gamme de produits à stocker. Il faut donc trouver des solutions plus souples au niveau de la production.

Par ailleurs, il est dangereux de ne compter que sur quelques pays ou fabricants pour produire la totalité des approvisionnements mondiaux. La redondance n'est peut-être pas d'une efficacité économique maximale, mais elle permet de créer un système plus résilient. Il serait judicieux de stimuler la production régionale, voire nationale, de technologies de santé. Au lieu de quelques usines principalement implantées dans le monde développé, chaque continent pourrait disposer des siennes, et celles-ci pourraient en théorie fabriquer des produits de santé essentiels destinés à une utilisation **locale et/ou régionale**. De nombreux pays souhaitent procéder de la sorte. L'Union africaine a par exemple pour objectif de produire localement 60 % des vaccins de routine destinés à l'Afrique d'ici à 2040 ([Africa CDC, 2021](#)). Plusieurs mesures ont déjà été prises en ce sens. La société pharmaceutique BioNTech, co-développeur avec Pfizer du premier vaccin anti-Covid-19 à ARN modifié approuvé, a commencé à construire une usine de production de vaccins à Kigali, au Rwanda ([Parrett, 2022](#)). En janvier 2022, l'Afrique du Sud a ouvert une nouvelle usine de fabrication de vaccins à Cape Town ([Arthur, 2022](#)). Toujours en Afrique du Sud, Aspen Pharmacare a signé un contrat avec le Serum Institute d'Inde aux fins de la fabrication et de la vente de

quatre vaccins en Afrique ([Mukherjee, 2022](#)). La localisation de la production devrait garantir un accès plus **équitable** aux technologies de santé.

Par ailleurs, les problèmes d'approvisionnement pourraient également être allégés si les gouvernements et les organisations internationales se préparaient à prendre des décisions et à agir plus rapidement afin d'obtenir et de diffuser largement les produits clés. Cela nécessiterait d'investir dans des processus d'approvisionnement améliorés. Cependant, il est possible que de telles inégalités mondiales soient inévitables aussi longtemps que la production de produits de riposte aux pandémies sera principalement déterminée par les forces du marché, et qu'aucun accord international ne contraindra les États à partager l'accès aux fournitures lorsque celles-ci sont limitées.

Un autre défi entrave la production adéquate de ces produits, à savoir, la question des droits de propriété intellectuelle et des coûts d'acquisition exorbitants de ces droits. Ceux-ci pourraient être levés pour les vaccins, ce qui permettrait à des sociétés tierces d'en fabriquer. C'est pour cette raison qu'en octobre 2020, l'Inde et l'Afrique du Sud ont proposé à l'Organisation mondiale du commerce (OMC) que les sociétés pharmaceutiques soient contraintes de renoncer à leurs droits sur les technologies de santé liées au Covid-19. À l'heure actuelle, les médicaments brevetés ne peuvent pas être fabriqués librement parce que les États se sont engagés à protéger les droits de propriété intellectuelle concernés en vertu de l'Accord sur les aspects des droits de propriété intellectuelle qui touchent au commerce (Accord sur les ADPIC). La dérogation proposée aurait permis aux États d'autoriser plus librement la fabrication et la vente de technologies anti-Covid-19 brevetées sans s'exposer à des sanctions. Cette idée, soutenue par la plupart des pays membres de l'OMC, n'a cependant pas fait l'unanimité, condition requise pour l'adoption de décisions ([Pilkington et al, 2022](#)). Une dérogation limitée a finalement été accordée en juin 2022, mais elle ne s'applique qu'à certains pays et ne concerne que les vaccins contre le Covid-19, les autres produits médicaux essentiels en étant exclus ([MSF, 2022b](#)). Cependant, les expériences passées laissent entrevoir la possibilité d'avancées sur ces questions de propriété intellectuelle ([Adesina et al, 2013](#)), comme l'illustrent des initiatives fructueuses visant à améliorer à la fois l'accessibilité et le coût des traitements contre le VIH ([D'Angelo et al, 2021](#)).

Une autre mesure consistera à élargir l'éventail des organisations autorisées à distribuer ou à administrer des produits de riposte aux pandémies, pour autant qu'elles le fassent à titre officiel. Les organisations telles que les Sociétés nationales pourraient mieux soutenir les gouvernements dans l'administration des vaccins au niveau national en s'appuyant sur des mandats et des processus d'approbation validés par ces derniers et en utilisant les installations de stockage nationales. Cela permettrait d'améliorer les campagnes de vaccination de façon cruciale. D'abord, ces organisations pourraient aider à organiser des campagnes ciblant les communautés reculées que les gouvernements ont du mal à atteindre, ce qui allègerait la contrainte, pour le gouvernement, de devoir administrer toutes les doses durant une période relativement courte (Encadré 3.3, ÉTUDE DE CAS : La vaccination contre le Covid-19 pour les groupes prioritaires au Liban). La réussite des mesures susmentionnées devrait permettre à tous les pays et organisations concernés d'obtenir des produits de santé essentiels tels que les vaccins. Toutefois, d'autres conditions doivent être remplies : les pays devraient être informés bien en amont de l'arrivée des envois ; les livraisons devraient avoir lieu à l'heure indiquée afin d'éviter les nombreux problèmes découlant de retards ; les expéditions ne devraient contenir que les produits acceptés par le pays bénéficiaire ; et les produits devraient être conçus selon les besoins de ce dernier : par exemple, les vaccins nécessitant une chaîne du froid complexe sont moins adaptés pour les pays dotés d'une infrastructure minimale.





Indonésie 2022 Un séisme de magnitude 5,6 a frappé Cianjur, un district de la province de Java occidentale. La Croix-Rouge indonésienne a travaillé en coordination avec le gouvernement et les organismes humanitaires. Elle a mobilisé du personnel chargé de l'évaluation, de l'évacuation et des premiers secours et a mis en place des abris temporaires. Au total, elle a mobilisé 11 camions-citernes d'eau. © Garry Lotulung

“

Faire parvenir les vaccins dans un pays est une chose, mais il faut également les transporter à l'intérieur du pays, vers les communautés qui en ont besoin, mettre sur pied des sites de vaccination et convaincre la population des avantages de la vaccination.

”



Point tout aussi important, il importe de veiller à l'utilisation effective des produits, notamment de s'assurer que les vaccins sont administrés et qu'ils ne sont pas abandonnés dans un aéroport jusqu'à péremption. Cela nécessite un soutien logistique considérable sur place, notamment au niveau du transport, de la chaîne du froid et du personnel formé disponible pour administrer les vaccins. Autre élément essentiel, il faut impérativement prévoir des programmes coordonnés de communication sur les risques et de mobilisation communautaire afin d'informer la population sur les bénéfices apportés par les vaccins, de prendre connaissance des réserves suscitées par ces derniers et d'aider les gens à s'inscrire à une campagne de vaccination et à obtenir un rendez-vous. Une portion importante de tous les financements futurs destinés aux produits de santé essentiels doit être allouée à la prise en charge de ces défis logistiques et de communication ([DeLand, 2022](#)). Par exemple, en Iraq, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) soutient presque tous les centres de vaccination du ministère de la Santé : il fournit des incitations financières au personnel, ainsi que des frigos, des ordinateurs portables et des équipements de protection individuelle. Au Mozambique, il fournit du carburant pour transporter les vaccins, des équipes de soins de santé, ainsi que des installations destinées aux volontaires de la Croix-Rouge du Mozambique, notamment à Cabo Delgado, où plus de 800 000 personnes ont été déplacées au cours des dernières années en raison de conflits armés ([ICRC, 2022](#)).

ENCADRÉ 3.3 / ÉTUDE DE CAS

LA VACCINATION CONTRE LE COVID-19 POUR LES GROUPES PRIORITAIRES AU LIBAN

Début 2021, le Liban peinait à contenir le Covid-19 et le mois de janvier a connu un pic, avec environ 5 500 cas confirmés chaque jour ([World Bank, 2021](#)). La situation s'était déjà compliquée après l'explosion du port de Beyrouth en août 2020.

Pour remédier à cette situation et soutenir la campagne de vaccination, la Banque mondiale a réalloué 34 millions de dollars É.U. qui étaient destinés à un projet existant sur la résilience sanitaire. Cela devait permettre de fournir des vaccins à plus de deux millions de personnes à compter de février 2021. Le déploiement ciblait principalement des groupes prioritaires constitués de travailleurs de santé exposés à des risques élevés, les plus de 65 ans, le personnel épidémiologique et de surveillance et les personnes souffrant de comorbidités ([World Bank, 2021](#)).

La Fédération internationale s'est jointe au projet en février 2021 pour remplir des fonctions de surveillance et de supervision ([IFRC, 2021](#)). Son rôle était d'assurer le suivi de divers aspects du déploiement de la vaccination, des tâches de gestion de la chaîne d'approvisionnement, telles que le maintien de la température de conservation des vaccins, à la fourniture du service sur les sites de vaccination, la vérification de l'admissibilité des bénéficiaires et la collecte du point de vue et des retours d'information des clients.



Liban 2021 Devant une tente de services médicaux, le personnel de la Croix-Rouge libanaise apporte un soutien aux communautés touchées par les explosions survenues dans le port de Beyrouth en août 2020. © Croix-Rouge libanaise

3.3.2 Réguler les financements humanitaires

Nombre de problèmes liés à la qualité des financements humanitaires pourraient être résolus en mettant en œuvre les engagements pris au titre du Grand compromis ([IASC, non daté](#)). Cet accord lancé lors du Sommet humanitaire mondial à Istanbul, en Türkiye, réunissait au départ 18 pays donateurs et 16 organisations d'aide internationale. Depuis, il s'est développé et compte désormais 64 signataires. En 2019, il couvrait environ 84 % de l'ensemble des contributions humanitaires des donateurs ([IASC, non daté](#)).

Le but du Grand compromis était d'améliorer l'efficacité et l'efficience de l'aide humanitaire internationale. Les donateurs ont pris 51 engagements, dont la réduction de l'affectation des fonds à des pays donnés et l'allocation de 25 % des fonds d'urgence internationaux aussi directement que possible vers les organisations locales ou nationales ([IASC, 2016](#)). De plus, le Grand compromis nécessite une augmentation substantielle des financements pluriannuels afin d'appuyer durablement les opérations humanitaires et de renforcer considérablement la préparation (voir Chapitre 1), la mobilisation communautaire (voir Chapitre 2) et les méthodes fondées sur les données (voir Chapitre 5). Enfin, il plaide pour une plus grande coopération entre les acteurs humanitaires et ceux du développement, qui sont traditionnellement cloisonnés.

Malheureusement, si certains progrès ont été réalisés, la majorité des objectifs du Grand compromis ne sont pas remplis. Un examen indépendant de 2021 recensait plusieurs exemples, notamment la stagnation de la part des fonds pluriannuels non affectés depuis 2016 – même si certains donateurs ont adopté ces formes prévisibles et flexibles de dons. Pareillement, si un changement normatif s'est bien opéré vers la localisation, cela n'a pas encore donné lieu à des changements notables en matière de disponibilité des fonds ([Metcalf-Hough et al, 2021](#)). Une mise à jour de 2022 faisait état de progrès limités sur ces questions, tout en soulignant une évolution vers une plus grande transparence sur les données liées aux financements ([Metcalf-Hough et al, 2022](#)).

En 2021, des négociations ont débuté en vue d'un ensemble révisé de mécanismes de coopération autour du Grand compromis, ou Grand compromis 2.0 ([Alexander, 2021](#)). Celui-ci a été parachevé fin 2021 et sera actif jusqu'à 2023, date à laquelle un nouveau bilan sera dressé. Au moment de la rédaction du présent rapport, on ne savait pas encore clairement si les signataires accepteraient de poursuivre l'initiative ([IASC, 2021](#)), les donateurs et les autres acteurs devant mettre en œuvre les engagements pris au titre du Grand compromis avant que celui-ci soit considéré comme terminé.

Enfin, pour relever les défis logistiques évoqués à la section 3.3.1, il convient de renforcer les capacités sanitaires des pays, ce qui nécessite des fonds humanitaires internationaux plus prévisibles afin de conserver le personnel et les ressources ([IFRC, 2018](#)).

RECOMMANDATIONS CLÉS

Créer les conditions pour la production et la distribution à l'échelle régionale de tous les produits de riposte aux pandémies. Les pays doivent être capables de fabriquer et de distribuer leurs propres vaccins, EPI et autres équipements. Adopter une approche régionalisée créera des doublons, ce qui réduira la probabilité de pénuries du type constaté durant la pandémie de Covid-19 et permettra de garantir qu'un nombre bien plus important de communautés recevront les produits dont elles auront besoin lors de futures situations d'urgence. Pour mettre en place une production à l'échelle régionale, des investissements en ressources humaines et en formation sont nécessaires, de même qu'un engagement concerté avec les communautés qui accueillent les usines de production.

Instaurer des mécanismes de distribution mondiale viables pour les nouveaux produits de riposte aux pandémies tels que les vaccins. Il existe des mécanismes solides, tels que le Groupe de coordination internationale, mais pas pour les produits présentant des risques élevés. Il est nécessaire de concevoir un nouveau mécanisme afin de garantir que les vaccins et d'autres produits de riposte aux pandémies parviennent aux populations qui en ont besoin, y compris les communautés que les gouvernements ne sont pas en mesure de couvrir. Ces mécanismes doivent permettre aux organisations locales et humanitaires de distribuer ou d'administrer ces produits sous la supervision des gouvernements. Ils doivent également prévoir des mesures visant à éviter d'exposer les acteurs locaux et les pays à revenu faible et intermédiaire à tout risque juridique déséquilibré et non viable tel que le fait d'être tenu pour responsable des effets néfastes de produits de riposte aux pandémies, qu'ils aient été élaborés récemment ou qu'ils aient déjà fait leurs preuves. À cet effet, il convient de veiller à ce que les fabricants recommencent à souscrire des assurances en indemnisation et responsabilité dès qu'un produit est disponible (une fois sa sécurité et son efficacité démontrées).

Renforcer les capacités des pays de faire parvenir les produits de riposte aux pandémies aux communautés. Fournir un appui aux opérations logistiques telles que le transport des produits et la préservation de la chaîne du froid, pour permettre la livraison de vaccins et d'autres produits de riposte aux pandémies aux communautés reculées. Compléter avec des programmes efficaces de mobilisation communautaire et de redevabilité pour maximiser l'adoption de produits ayant fait leurs preuves. Ici encore, des investissements supplémentaires en ressources humaines sont nécessaires pour garantir que les personnes chargées de l'administration des vaccins et de la logistique soient formées et préparées en amont.

Réformer les financements humanitaires pour garantir leur prévisibilité, leur flexibilité et leur accessibilité aux acteurs locaux. Ces engagements ont déjà été pris au titre du Grand compromis mais devraient être suivis d'effets. Une telle réforme permettra d'apporter une réponse plus durable et équitable aux épidémies et aux autres catastrophes, notamment de renforcer la préparation. Un meilleur accès aux financements par les acteurs locaux permettra également de mettre en place des activités davantage centrées sur les communautés.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Adesina A et al (2013) Reforming antiretroviral price negotiations and public procurement: the Mexican experience. *Health Policy and Planning*, 28(1), pp. 1–10. <https://doi.org/10.1093/heapol/czs015>

Africa CDC (2021) *Partnership for African Vaccine Manufacturing (PAVM): From Aspiration to Action*. <https://africacdc.org/event/partnership-for-african-vaccine-manufacturing-pavm-from-aspiration-to-action/>

Alexander J (2021) *A renewed push to make aid more efficient*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/analysis/2021/6/10/Grand-Bargain-international-aid-commitments-localisation>

Arthur . (2022) *Vaccine manufacturing campus opens in South Africa*. BioPharma Reporter. <https://www.biopharma-reporter.com/Article/2022/01/20/Vaccine-manufacturing-campus-opens-in-South-Africa#>

BBC News (2021) *Covax vaccine-sharing scheme delivers first doses to Ghana*. <https://www.bbc.co.uk/news/world-africa-56180161>

Bentley A and Zerie B (2021) *Less than a Lifeline: Challenges to the COVAX Humanitarian Buffer*. Refugees International. <https://www.refugeesinternational.org/reports/less-than-a-lifeline-challenges-to-the-covax-humanitarian-buffer>

Bommer C et al (2018) *Regional and Ethnic Favoritism in the Allocation of Humanitarian Aid*. SSRN, CESifo Working Paper Series No. 7038. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3207130>

Bommer C et al (2022) Home bias in humanitarian aid: The role of regional favoritism in the allocation of international humanitarian relief" *Journal of Public Economics*, 208, 104604. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2022.104604>

Braithwaite T (2022) *'We are drowning in vaccine.' What will revive the market for Covid jabs?* Financial Times, 22 April 2022. <https://www.ft.com/content/dc35dfc0-94a2-440b-a880-91ba2e39c256>

Callaway E (2021) Beyond Omicron: what's next for COVID's viral evolution. *Nature*. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-03619-8>

Cao L and Hou W (2022) How Have Global Scientists Responded to Tackling COVID-19? medRxiv. <https://doi.org/10.1101/2022.08.16.22278871>

CEPI (2020) *CEPI launches new call for proposals to develop vaccines against novel coronavirus, 2019-nCoV*. https://cepi.net/news_cepi/cepi-launches-new-call-for-proposals-to-develop-vaccines-against-novel-coronavirus-2019-ncov/

CEPI (2022) Independent External Review of CEPI's COVID-19 Vaccine Development Agreements Published. https://cepi.net/news_cepi/independent-external-review-of-cepis-covid-19-vaccine-development-agreements-published/

Cheng M and Marchione M (2020) Some health experts criticize U.S. mass purchase of licensed virus drug. PBS NewsHour, 1 July 2020. <https://www.pbs.org/newshour/health/health-experts-slam-u-s-mass-purchase-of-licensed-virus-drug>

COVID19 Vaccine Tracker (no date) Vaccination Rates, Approvals and Trials by Country. <https://covid19.trackvaccines.org/trials-vaccines-by-country/>

D'Angelo AB et al (2021) Breaking Bad Patents: Learning from HIV/AIDS to make COVID-19 treatments accessible. *Global Public Health*, 16(10), pp. 1523–36. <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1924223>

DeLand K (2022) *Vaccine Equity in Conflict-Affected Areas: The Challenges of Development, Production, Procurement, and Distribution*. International Peace Institute. <https://www.ipinst.org/2022/05/vaccine-equity-in-conflict-affected-areas-the-challenges-of-development-production-procurement-and-distribution>

Development Initiatives (2022a) *Global Humanitarian Assistance Report 2021*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2021>

Development Initiatives (2022b) *Global Humanitarian Assistance Report 2022*. <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2022/>

Development Initiatives (2022c) *The Ukraine crisis and diverted aid: What we know so far*. <https://devinit.org/resources/ukraine-crisis-diverted-aid-what-we-know/>

Dunleavy K (2022) Poor countries reject COVID vaccines from AstraZeneca because of shorter shelf life: report. FiercePharma, 15 April 2022. <https://www.fiercepharma.com/pharma/poor-countries-are-declining-covid-19-vaccines-astrazeneca-because-shorter-shelf-life>

Emanuel E. . et al (2020) Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382, pp. 2049–55. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>

Embassy of the People's Republic of China in the Republic of Indonesia (2021) *COVID-19 Vaccines Donated by the Chinese Government to the Indonesian Government Arrives in Indonesia*. Embassy update, 27 September 2021. http://id.china-embassy.gov.cn/eng/sgdt/202109/t20210927_9568929.htm

GAVI (2021a) *The COVAX Humanitarian Buffer Explained*. <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/tout-reserve-humanitaire-covax>

GAVI (2021b) *The COVAX No Fault Compensation Programme: Explained*. <https://www.gavi.org/fr/vaccineswork/programme-indemnisation-absence-faute-covax>

GAVI (no date a) <https://www.gavi.org/fr>

GAVI (no date b) GAVI COVAX AMC. <https://www.gavi.org/fr/amc-covax>

Guarascio F and Rigby J (2022) COVID vaccine supply for global programme outstrips demand for first time. Reuters, 23 February 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/covax-vaccine-supply-outstrips-demand-first-time-2022-02-23/>

Hinman AR and McKinlay MA (2015) Immunization equity. *Vaccine*, 33, supplement 4, D72–D77. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.09.033>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2016) *The Grand Bargain – A Shared Commitment to Better Serve People in Need*. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain/grand-bargain-shared-commitment-better-serve-people-need-2016>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2020) *Interim Key Messages: Flexible Funding for Humanitarian Response and COVID-19*. <https://interagencystandingcommittee.org/other/interim-key-messages-flexible-funding-humanitarian-response-and-covid-19>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (2021) The Grand Bargain 2.0 Structure. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain-official-website/grand-bargain-20-structure>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) *About the Grand Bargain*. <https://interagencystandingcommittee.org/about-the-grand-bargain>

IASC (Inter-Agency Standing Committee) (no date) The Grand Bargain. <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

IAVG (Independent Allocation of Vaccines Group) of COVAX (2021) *Achieving 70% COVID-19 Immunization Coverage by Mid-2022*. <https://www.who.int/news/item/23-12-2021-achieving-70-covid-19-immunization-coverage-by-mid-2022>

ICRC (International Committee of the Red Cross) (2022) *COVID-19 Vaccination: Support to people affected by armed conflict and violence and those living in hard-to-reach areas*. <https://www.icrc.org/en/document/covid-vaccination-armed-conflicts>

IFRC (2018) *World Disasters Report 2018: Leaving No One Behind: The international humanitarian sector must do more to respond to the needs of the world's most vulnerable people*. <https://www.ifrc.org/document/world-disasters-report-2018>

IFRC (2021) *World Bank and IFRC Support Independent Monitoring of COVID-19 Vaccine Campaign in Lebanon*. <https://www.ifrc.org/press-release/world-bank-and-ifrc-support-independent-monitoring-covid-19-vaccine-campaign-lebanon>

IFRC (2022a) *COVID-19: Nearly 1 billion still without any vaccination in Asia Pacific* <https://www.ifrc.org/press-release/covid-19-nearly-1-billion-still-without-any-vaccination-asia-pacific-0>

IFRC (2022b) *Evaluation Report: IFRC-wide response to the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/media/50627>

IFRC (no date) *MENA region: Ensuring equitable access to immunization initiatives for Migrants in Iran amidst the complex situation*. Disponible sur demande.

IFRC GO (no date) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972>

IPPPR (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response) (2021) *COVID-19: Make it the Last Pandemic*. <https://theindependentpanel.org/mainreport/#download-main-report>

IRC (International Rescue Committee) and development Initiatives (2021) *Tracking the Global Humanitarian Response to COVID-19*. <https://www.rescue.org/report/tracking-global-humanitarian-response-covid-19>

ITPC (International Treatment Preparedness Coalition) (2022) *Mapping COVID-19 Access Gaps: Results from 14 countries & territories*. <https://itpcglobal.org/blog/resource/mapping-covid-19-access-gaps-results-from-14-countries-and-territories/>

Ledford H (2022) *COVID vaccine hoarding might have cost more than a million lives*. Nature news, 2 November 2022. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-03529-3>

Mathieu E et al (no date) *Coronavirus pandemic (COVID-19)*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/coronavirus#explore-the-global-situation>

Metcalfe-Hough V et al (2021) *The Grand Bargain at five years: an independent review*. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-at-five-years-an-independent-review/>

Metcalfe-Hough V et al (2022) *The Grand Bargain in 2021: an independent review*. HPG commissioned report. ODI. <https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-in-2021-an-independent-review/>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022a) *“Broken” humanitarian COVID-19 vaccine system delays vaccinations*. <https://www.msf.org/broken-covax-covid-19-vaccination-system-must-be-fixed-allow-people-access>

MSF (Médecins Sans Frontières) (2022b) *Lack of a real IP waiver on COVID-19 tools is a disappointing failure for people*. <https://www.msf.org/lack-real-ip-waiver-covid-19-tools-disappointing-failure-people>

Mukherjee P (2022) *S. Africa's Aspen, India's Serum Institute sign vaccines deal for Africa*. Reuters, 31 August 2022. <https://www.reuters.com/business/healthcare-pharmaceuticals/safricas-aspen-indias-serum-institute-sign-vaccines-deal-africa-2022-08-31/>

Narang N (2016) *Forgotten Conflicts: Need versus Political Priority in the Allocation of Humanitarian Aid across Conflict Areas*. *International Interactions*, 42(2), 189–216. <https://doi.org/10.1080/03050629.2016.1080697>

O'Sullivan L et al (2022) *Ethical values and principles to guide the fair allocation of resources in response to a pandemic: a rapid systematic review*. *BMC Medical Ethics*, 23, 70. <https://doi.org/10.1186/s12910-022-00806-8>

Otto SP et al (2021) *The origins and potential future of SARS-CoV-2 variants of concern in the evolving COVID-19 pandemic*. *Current Biology*, 31(14), R918-929. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2021.06.049>

Parrett M (2022) *BioNTech launches African vaccine production in Rwanda*. European Pharmaceutical Review, 24 June 2022. <https://www.europeanpharmaceuticalreview.com/news/172615/biontech-launches-african-vaccine-production-in-rwanda/>

Paton J (2022) *Moderna Covid Shots Turned Down by Buyers on Delivery Woes*. Bloomberg UK, 5 April 2022. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2022-04-05/buyers-turn-down-moderna-covid-vaccine-as-pandemic-demand-wanes>

Pilkington V et al (2022) Global COVID-19 Vaccine Inequity: Failures in the First Year of Distribution and Potential Solutions for the Future. *Frontiers in Public Health*, 10, 821117. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.821117>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021a) *50,000 COVID-19 vaccines donated to Lebanon by the Red Cross Society of China [in Chinese]*. 13 July 2021. https://www.redcross.org.cn/html/2021-07/79761_1_11_1.html

RCSC (Red Cross Society of China) (2021b) *Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Nepal [in Chinese]*. 23 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-09/81101.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021c) *100,000 doses of COVID-19 vaccine donated by the Red Cross Society of China to Georgia [in Chinese]*. 13 September 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-09/80966.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021d) *Red Cross Society of China donates 200,000 doses of COVID-19 vaccine to Bangladesh [in Chinese]*. 26 October 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-10/81558.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2021e) *Red Cross Society of China donates 100,000 doses of COVID-19 vaccine to Laos [in Chinese]*. 17 November 2021. https://www.redcross.org.cn/html/2021-11/82066_1_1.html

RCSC (Red Cross Society of China) (2021f) *200,000 doses of COVID-19 vaccines donated by the Red Cross Society of China to Myanmar [in Chinese]*. 22 December 2021. <https://www.redcross.org.cn/html/2021-12/82873.html>

RCSC (Red Cross Society of China) (2022) *The Red Cross Society of China donates 500,000 doses of COVID-19 vaccine and supporting needles to Nicaragua [in Chinese]*. 9 October 2022. <https://www.redcross.org.cn/html/2022-10/88911.html>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

Schellekens P (2022) *Mapping our unvaccinated world*. Pandem-ic. <https://pandem-ic.com/mapping-our-unvaccinated-world/>

Tharakan SM and Hart NM (2021) *Liability Issues Related to COVID-19 Vaccine Manufacturing and Global Distribution*. Congressional Research Service, IF11905. <https://crsreports.congress.gov/product/pdf/IF/IF11905>

TRCS (Thai Red Cross Society) (2021) *The Red Cross Society of China presents 100,000 Doses of Sinopharm Vaccine to Her Royal Highness Princess Maha Chakri Sirindhorn*. 30 August 2021. <https://english.redcross.or.th/news/medical-and-health-care-services/6589/>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date a) *Coronavirus disease outbreak – COVID-19*. <https://fts.unocha.org/emergencies/911/summary/2020>

UN OCHA FTS (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs Financial Tracking Service) (no date b) *Nepal Covid-19 Response Plan 2021*. <https://fts.unocha.org/appeals/1048/summary>

UNDP Data Futures Platform (no date) *Global Dashboard for Vaccine Equity*. <https://data.undp.org/vaccine-equity/>

Usher AD (2021) CEPI criticised for lack of transparency. *The Lancet*, 397(10271), pp. 265–6. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00143-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00143-4)

WHO (World Health Organization) (no date a) *COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines*. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>

WHO (World Health Organization) (no date b) *Vaccine equity*. <https://www.who.int/fr/campaigns/vaccine-equity>

WHO (World Health Organization) (no date c) *What is the ACT-Accelerator?* <https://www.who.int/fr/initiatives/act-accelerator/about>

WHO (World Health Organization) (no date d) *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

WHO (World Health Organization) (2017) *Access to medicines: Making market forces serve the poor*. <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-medicines-making-market-forces-serve-the-poor>

WHO (World Health Organization) (2020) "WHO Director-General's opening remarks at the launch of the Access to COVID-19 Tools Accelerator." <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-launch-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator>

WHO (World Health Organization) (2022a) *COVAX calls for urgent action to close vaccine equity gap*. <https://www.who.int/fr/news/item/20-05-2022-covax-calls-for-urgent-action-to-close-vaccine-equity-gap>

WHO (World Health Organization) (2022b) *Accelerating COVID-19 Vaccine Deployment*. <https://www.who.int/publications/m/item/accelerating-covid-19-vaccine-deployment>

WHO (World Health Organization) and Open Consultants (2022) *External Evaluation of the Access To COVID-19 Tools Accelerator (ACT-A)*. [https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-\(act-a\)](https://www.who.int/publications/m/item/external-evaluation-of-the-access-to-covid-19-tools-accelerator-(act-a))

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021a) *Strategy to Achieve Global Covid-19 Vaccination by mid-2022*. <https://www.who.int/publications/m/item/strategy-to-achieve-global-covid-19-vaccination-by-mid-2022>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2021b) *WHO Sage Roadmap for prioritising uses of COVID-19 vaccines*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Vaccines-SAGE-Prioritization-2022.1>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2020) *ACT Accelerator Investment Case*. <https://www.who.int/publications/m/item/act-a-investment-case>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2021) *ACT-Accelerator Strategic Review: An independent report prepared by Dalberg*. <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-review>

WHO ACT-A (World Health Organization ACT Accelerator) (2022) *ACT-Accelerator: Quarterly Update Q1: 1 January – 31 March 2022*. <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator--quarterly-update-q1--1-january---31-march-2022>

World Bank (2021) *World Bank Supports First COVID-19 Vaccine Rollout in Lebanon*. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2021/01/21/world-bank-supports-first-covid-19-vaccine-rollout-in-lebanon>

Xiaoyu, W. (2021) *200,000 COVID-19 vaccine donations from Red Cross arrive in Pakistan*. China Daily. China Daily, 5 November 2021. <https://global.chinadaily.com.cn/a/202111/05/WS6184ed6ba310cdd39bc739ec.html>

Xinhua (2021a) *Ethiopian Red Cross Society receives Sinopharm vaccines from Chinese counterpart*. Xinhuanet, 19 June 2021. http://www.xinhuanet.com/english/africa/2021-06/19/c_1310017215.htm

Xinhua (2021b) *Syria receives 150,000 doses of Chinese COVID-19 vaccines*. Xinhuanet, 30 July 2021. http://www.xinhuanet.com/english/2021-07/30/c_1310096456.htm

Xinhua (2021c) *China donates more COVID-19 vaccines to Cambodia*. Xinhuanet, 24 August 2021. http://www.news.cn/english/2021-08/24/c_1310144227.htm

Zhang Y-Z et al (2020) *Novel 2019 coronavirus genome*. Virological. <https://virological.org/t/novel-2019-coronavirus-genome/319>

Zhu N et al (2020) *A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019*. *New England Journal of Medicine*, 382, pp. 727–33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>

Éthiopie 2022 En 2021, Boru a bénéficié d'une subvention en espèces à usages multiples de la Croix-Rouge éthiopienne pour faire face à l'insécurité alimentaire engendrée par l'invasion de criquets pèlerins en Afrique de l'Est. Une évaluation conjointe réalisée par l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture a révélé que l'invasion a entraîné d'importantes pertes de récoltes et une destruction généralisée de la végétation et des pâturages. Un million d'Éthiopiens ont été confrontés à une grave insécurité alimentaire du fait de cette invasion de criquets.

© Matthew Carter/IFRC

INÉGALITÉS SOCIO- ÉCONOMIQUES



**Renforcer les
systèmes de
protection sociale
des communautés**

Table des matières

Introduction	137
4.1 Ce que nous avons vu – la pandémie a prospéré sur les inégalités socioéconomiques	138
4.2 Ce que nous avons appris – nous ne pouvons pas négliger les répercussions socioéconomiques des aléas	147
4.3 Ce qu'il faut faire – renforcer la protection sociale pour aider les communautés à prospérer	151
Recommandations clés	155

INTRODUCTION

Les communautés et les sociétés doivent, à long terme, devenir plus résilientes face à tout un éventail d'aléas. Il faut notamment renforcer les infrastructures et les politiques visant des aléas particuliers tels que les flambées de maladies, mais cela ne suffit pas. Les sociétés les plus résilientes sont celles dans lesquelles la grande majorité de la population prospère. Ces sociétés présentent moins d'inégalités ; assurent à un plus grand nombre de personnes l'accès à des possibilités de plein emploi productif, à des moyens de subsistance décentes et à des soins de santé abordables ; et affichent un degré de confiance élevé entre les personnes et les institutions. Pour bâtir des sociétés résilientes et florissantes, les pays doivent améliorer tous leurs systèmes et services essentiels, non seulement ceux qui touchent à la santé, mais aussi des systèmes et services tels que l'éducation, la protection sociale, l'approvisionnement en eau et l'assainissement. Ce sont à la fois des facteurs qui aggravent les inégalités, et des outils essentiels pour réduire les risques de flambées de maladies et leurs conséquences. En particulier, **les nations doivent étendre et améliorer leurs systèmes de protection sociale et lever les obstacles juridiques et pratiques à l'accès des personnes aux services.**

Définitions

Programmes de protection sociale : programmes visant à aider les personnes et les familles, en particulier les personnes et les familles pauvres et vulnérables, à faire face aux crises et aux chocs, à trouver un emploi, à améliorer leur productivité, à investir dans la santé et l'éducation de leurs enfants et à protéger la population vieillissante ([Banque mondiale, 2022a](#)). Ces programmes incluent les services directs, tels que les programmes de logement ou d'emploi, ainsi que l'assistance financière, par le biais notamment de transferts monétaires.

Moteurs des maladies : conditions qui favorisent la propagation des maladies, telles qu'une mauvaise alimentation, des conditions de vie insalubres, une mauvaise hygiène, des facteurs environnementaux et d'autres conditions fortement liées aux inégalités socioéconomiques.

4.1 CE QUE NOUS AVONS VU LA PANDÉMIE A PROSPÉRÉ SUR LES INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES

D'aucuns ont affirmé que la pandémie de Covid-19 était un formidable facteur d'égalisation parce que tout le monde la vivait et que même les plus privilégiés subissaient certains de ses effets. La vérité, toutefois, c'est que les incidences de la pandémie, socioéconomiques en particulier, ont été ressenties très différemment à travers le monde. Plus préoccupant encore, la pandémie ou les mesures qui ont été adoptées pour y faire face ont aggravé les inégalités existantes. En particulier, ce sont les populations qui étaient déjà laissées de côté, par exemple, celles qui étaient marginalisées, oubliées, victimes de discrimination ou touchées par certains facteurs de vulnérabilité, comme la pauvreté, l'isolement ou des crises humanitaires, qui ont subi les répercussions les plus graves de la crise. Parallèlement, la pandémie a été lourde de conséquences pour les systèmes et services gouvernementaux, tels les filets de sécurité sociale.

Dans le même temps, la propagation et les mutations du coronavirus ont été favorisées en partie par les inégalités.

Les impacts socioéconomiques de la pandémie de Covid-19 et de la riposte sont sans doute aussi sévères que les conséquences sanitaires. En janvier 2022, les Nations Unies ont publié un rapport qui souligne que les vagues successives d'infections liées au Covid-19 sont l'un des principaux freins à la reprise économique mondiale ([UN DESA, 2022](#)). Selon ce rapport, les pays en développement en ressentiront les effets à plus long terme que les nations plus riches, et en Afrique, le nombre absolu des personnes vivant dans la pauvreté augmentera tout au long de l'année 2023.

De même, une étude de la Fédération internationale fondée sur l'expérience des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge pendant la pandémie relève que la pandémie a entraîné « des suppressions d'emplois et des baisses de revenus, l'augmentation de l'insécurité alimentaire, la réduction des moyens de protection contre la violence et l'aggravation des problèmes de santé mentale » pour des millions de personnes ([IFRC, 2021b](#)). Les incidences ont été plus sévères sur les personnes qui étaient déjà vulnérables. Par exemple, les personnes occupant des emplois précaires et mal rémunérés étaient plus susceptibles de perdre leur emploi, en particulier dans l'économie informelle. Tel a été le cas même dans les pays où les taux d'incidence du Covid-19 étaient souvent faibles : du fait des restrictions imposées par les gouvernements, comme la fermeture des entreprises non essentielles, les ménages ont perdu des revenus et souffert d'insécurité alimentaire au début de l'année 2020, alors qu'ils ne recevaient qu'une assistance extérieure limitée ([Furbush et al., 2021](#)). Le Covid-19 a ainsi amplifié les inégalités existantes, aggravé les situations de vulnérabilité et fragilisé la résilience et les stratégies d'adaptation.

4.1.1 Les inégalités ont aggravé la propagation et l'impact du virus

L'une des conséquences les plus visibles des inégalités socioéconomiques a été d'accélérer la propagation du virus et d'amplifier les incidences de la pandémie sur les personnes les plus vulnérables (OECD, 2022).

Par exemple, dans de nombreux pays les femmes doivent toujours remplir le rôle qui leur est traditionnellement dévolu, celui de prendre soin des membres de leur famille. L'OCDE estime que les femmes assument jusqu'à dix fois plus d'activités de soin que les hommes (OECD, 2020), ce qui les a exposées **à un risque accru de contracter le Covid-19** car elles avaient davantage de contacts avec les membres infectés de leur famille (Connor et al, 2020). Si les taux de mortalité liée au Covid-19 ont souvent été plus élevés parmi les hommes, les femmes d'âge moyen sont **plus sujettes aux symptômes persistants de la maladie, ce que l'on appelle le « Covid long »** (Torjesen, 2021).

De même, les migrants et les réfugiés économiquement défavorisés ont été exposés à un risque accru de contracter le coronavirus en raison de leurs conditions de vie et de travail (WHO, 2021). Souvent, ils se sont trouvés dans l'incapacité d'observer les mesures de prévention pour se protéger. Il est en effet pratiquement impossible de maintenir une distance physique lorsque l'on vit et travaille dans des locaux surpeuplés, notamment des dortoirs, des camps ou des hébergements analogues.

Dans de nombreux pays, les communautés exclues et victimes de discrimination étaient plus susceptibles de subir les incidences primaires et secondaires du Covid-19 sur la santé, et ont souvent été confrontées à des répercussions socioéconomiques plus sévères (IDS, 2020). Au Royaume-Uni, presque tous les groupes ethniques minoritaires ont fait face à des risques de décès lié au Covid-19 plus élevés que la population britannique blanche, souvent parce qu'ils étaient plus susceptibles de travailler dans les services de soins de santé ou d'assistance sociale, ou de vivre dans des zones surpeuplées – ce qui augmentait les risques d'exposition au virus (Platt, 2021). Aux États-Unis, les Amérindiens infectés par le virus étaient nettement plus susceptibles que les Blancs d'être hospitalisés – ce qui met en évidence les risques auxquels étaient exposés les groupes autochtones (Weeks, 2021).

La pauvreté est aussi un facteur de risque pour le Covid-19. Au Mexique, une étude publiée en 2021 révèle que les groupes de population les plus pauvres avaient des taux de survie au Covid-19 plus faibles. Les chercheurs ont comparé près de 250 000 patients pour lesquels un diagnostic de Covid-19 avait été posé entre février et juillet 2020. Les personnes vivant dans des municipalités affichant un taux élevé d'extrême pauvreté avaient 9 % plus de risques de décéder que celles vivant dans des municipalités non pauvres (Millán-Guerrero et al, 2021). En Afghanistan, les personnes n'avaient souvent d'autre choix que d'être à l'extérieur, sur les marchés, pour vendre des biens ou en échanger contre de la nourriture, risquant ainsi d'être infectées (Gliński, 2020). De même, au Royaume-Uni, les adultes en âge de travailler vivant dans les zones les plus pauvres étaient près de quatre fois plus susceptibles de décéder que celles vivant dans des zones aisées. Deux facteurs essentiels – des prestations statutaires de maladie limitées et la difficulté d'être rémunéré en cas d'isolement – ont fait qu'il était plus difficile aux personnes pauvres de s'isoler. Dans le même temps, les personnes vivant dans des zones défavorisées étaient nettement plus susceptibles de présenter des comorbidités, qui les rendaient plus vulnérables (Mahase, 2021).

Certains groupes étaient aussi physiquement plus vulnérables au Covid-19, et il n'a pas été fait suffisamment pour atténuer ces risques. Souvent, les personnes en situation de handicap souffrent de problèmes de santé qui les rendent plus vulnérables au Covid-19. De ce fait, le taux de mortalité a été plus élevé dans ce groupe de population. Les personnes âgées sont, pour des raisons analogues, plus sujettes aux conséquences graves du Covid-19 sur la santé, que peuvent exacerber des facteurs sociaux tels que les conditions de vie. Il est fréquent que les personnes âgées vivent avec des membres de leur famille dans un espace surpeuplé, parce que d'autres solutions ne sont pas disponibles, ou dans un cadre institutionnel, comme une maison de retraite. Dans un cas comme dans l'autre, les risques d'infection sont plus grands ([WHO, non daté](#)). Il se peut aussi qu'elles vivent seules, aient une capacité réduite de demander de l'aide, aient un accès limité à l'information et soient moins à même de déceler un problème ([IFRC, 2020b](#)).

4.1.2 Les moyens de subsistance ont été touchés et la pauvreté s'est aggravée

Les bouleversements socioéconomiques provoqués par la pandémie et la riposte ont entraîné une augmentation de la pauvreté, notamment de l'extrême pauvreté. Le nombre de personnes risquant de sombrer dans la pauvreté a progressé, et ce phénomène semble s'inscrire dans la durée en raison des incertitudes persistantes quant à l'économie mondiale. Selon une étude, le nombre de personnes vivant dans l'extrême pauvreté a augmenté de 115 millions en 2021, principalement du fait de la pandémie ([Mendez Ramos and Lara, 2022](#)). La Banque mondiale prévoit que les taux de pauvreté dans le monde seront aussi élevés en 2022 qu'en 2019, ce qui signifie que plusieurs années de progrès ont été perdues ([World Bank, 2022b](#)).

Les personnes travaillant dans le secteur informel et/ou sans contrat ont été particulièrement touchées. Il s'ensuit que plusieurs groupes ont subi des pertes très importantes de moyens de subsistance, ceux des femmes par exemple étant compromis de manière disproportionnée. Un rapport publié par ONU-Femmes en 2020 relève que l'emploi des femmes était de 19 % plus menacé que celui des hommes pendant la pandémie, en partie parce que les femmes étaient plus susceptibles de travailler sans contrat et en partie parce qu'elles travaillaient souvent dans les secteurs des services et du tourisme, tous deux gravement touchés par les restrictions que les gouvernements ont imposées pour lutter contre la maladie. Les Nations Unies estiment que, de ce fait, l'écart de pauvreté entre les genres se creusera d'ici à 2030. Si en 2021 on comptait 107 femmes en situation de pauvreté pour 100 hommes, ce chiffre pourrait s'élever à 110 d'ici à 2030 ([Azcona et al, 2020](#)).

Les migrants, y compris les demandeurs d'asile, les réfugiés et autres personnes déplacées, ont fait face à des pertes similaires de moyens de subsistance. Dans bien des cas, ils avaient un accès limité aux services de soutien des gouvernements et leurs moyens de subsistance étaient précaires. Les migrants sans papiers ou en situation irrégulière étaient particulièrement exposés. Nombre d'entre eux travaillaient dans le secteur informel, sans contrat ou autres protections. Ils ont souvent été les premiers à être licenciés quand les entreprises ont connu des difficultés et beaucoup n'avaient pas accès ou n'avaient qu'un accès limité aux mesures socioéconomiques de soutien adoptées par les gouvernements ([Jones et al, 2021](#)). En Turquie, à la fin de 2021, de nombreux réfugiés avaient adopté des stratégies d'adaptation négatives, comme consommer des aliments de moindre préférence et moins chers ([Turkish Red Crescent, 2021](#)).

En outre, la plupart des économies nationales ne sont pas optimisées pour les personnes en situation de handicap. Par exemple, il a été généralement fait obstacle aux modalités de travail à distance ou hybrides, alors même qu'elles permettent aux personnes handicapées de travailler. La pandémie a été marquée par une très forte progression du travail à distance, mais de nombreux employeurs incitent maintenant les employés à revenir sur leur lieu de travail. Toute perte de revenu est particulièrement dommageable pour les ménages de personnes handicapées en raison des coûts supplémentaires des équipements d'assistance et autres articles essentiels. Il s'ensuit que les bouleversements économiques provoqués par la pandémie exposent les personnes handicapées à un risque élevé de tomber dans la pauvreté ([UN OHCHR, 2020a](#)).

4.1.3 L'éducation de millions d'enfants a été perturbée

Dans de nombreux pays, les écoles ont été fermées, parfois pendant des mois. L'ampleur et la durée des bouleversements ont considérablement varié : certains pays, comme le Danemark, n'ont fermé les écoles que pendant un mois ou deux ; d'autres, comme le Mexique et les Émirats arabes unis, ont fermé du moins quelques écoles pendant près d'un an ([Leon Rojas et al, 2022](#) ; [Meinck et al, 2022](#)). En septembre 2021, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) a estimé que les écoliers avaient perdu un total de 1 800 milliards heures d'apprentissage en présentiel ([UNICEF, 2021](#)). Les enfants migrants ont été particulièrement touchés parce que leur éducation était déjà souvent perturbée par des obstacles tels que des problèmes d'inscription et les barrières linguistiques ([You et al, 2020](#)).

Les fermetures d'écoles ont interrompu l'éducation des enfants, de même que les activités physiques et sociales, essentielles pour leur développement. Dans bien des cas, les écoles se sont adaptées en se tournant vers l'apprentissage à distance (voir Encadré 4.1, ÉTUDE DE CAS : Dispenser un enseignement aux enfants du Zimbabwe pendant la pandémie). Cependant, tous les enfants n'en ont pas bénéficié, en particulier ceux qui avaient un accès limité à Internet ou disposaient d'un espace restreint. Parmi les réfugiés en Türkiye par exemple, 31 % des enfants n'avaient pas accès à l'apprentissage en ligne ([Turkish Red Crescent, 2020](#)). Quand des enfants sont temporairement privés d'école, beaucoup n'y retournent jamais ([Save the Children 2020](#)). Les fermetures d'écoles ont eu d'autres répercussions. Ainsi, la perte de l'accès aux repas scolaires a été lourde de conséquences pour les enfants en situation de pauvreté, qui souvent tirent de ces repas une part importante de leur nutrition. Une étude de l'Observatoire humanitaire de la Croix-Rouge argentine a constaté que les enfants étaient « particulièrement vulnérables » aux dommages psychosociaux ([Argentine Red Cross, 2021](#)). Les enfants qui ne pouvaient pas fréquenter l'école physiquement présentaient souvent de l'anxiété, des symptômes d'abattement, des troubles du sommeil et de l'appétit, et des difficultés en matière d'interactions sociales. Les chercheurs concluent : « Dans les situations d'urgence, l'école est un espace fondamental de soutien émotionnel, de continuité éducative et d'appui social et matériel pour les enfants et leur famille ».

“

Dans beaucoup de pays, les systèmes de protection sociale sont limités, même s'ils ont été nettement renforcés durant la pandémie de Covid-19. Seulement 46,9 % de la population mondiale bénéficie de prestations de protection sociale.

”



4.1.4 L'isolement social était répandu et la santé mentale atteinte

De nombreuses personnes ont vécu un isolement social sévère, souvent en raison des restrictions de circulation imposées par les gouvernements. Toutefois, même en dehors des mesures de confinement obligatoire, les personnes qui se sentaient particulièrement vulnérables aux risques d'infection au Covid-19 (en raison d'affections sous-jacentes, d'un handicap ou de l'âge) devaient s'isoler pour éviter de contracter le virus. Parallèlement, la situation a eu des répercussions sur la santé mentale de nombreuses personnes : en 2020, il a été signalé qu'environ une personne sur trois souffrait de stress, d'anxiété ou de dépression ([Salari et al, 2020](#)).

Nombre de personnes âgées étaient déjà isolées ou avaient des problèmes de mobilité, et il leur était donc difficile de s'informer sur ce qu'il fallait faire durant la pandémie et d'obtenir des aliments et des médicaments essentiels ([UNSDR, 2020](#)). De plus, les liens sociaux avec leurs amis, leur famille et leurs voisins ont souvent été profondément distendus. En Arménie, par exemple, les personnes âgées ont indiqué que les foyers de jour qui faisaient office de centres sociaux étaient fermés ([Armenian Red Cross, 2021](#)).

Les répercussions sur la santé mentale des personnes âgées ont été sévères, du moins dans certains pays. Au Royaume-Uni, des personnes âgées ont souffert de troubles anxieux, de dépression, d'abattement et de désespoir. Même quand le gouvernement a assoupli les restrictions, beaucoup avaient encore peur de sortir. Il est démontré aussi qu'il y a eu des cas nouveaux ou émergents de déclin des fonctions cognitives, peut-être exacerbé par la pandémie ([Age UK, 2020](#)).

Les enfants et les jeunes ont subi des dommages similaires ([Global Youth Mobilization, non daté](#)). Dans une enquête réalisée auprès d'adolescents et de jeunes en Amérique latine et dans les Caraïbes, 27 % indiquent avoir éprouvé de l'anxiété à un moment ou un autre et 15 % s'être sentis déprimés au cours des sept jours précédents. En outre, 46 % ont signalé être moins motivés à faire ce à quoi ils prennent habituellement plaisir. Ces jeunes et adolescents étaient aussi plus pessimistes quant à l'avenir ([UNICEF, 2020](#)).

De même, de nombreuses personnes en situation de handicap ont besoin d'un soutien particulier pour pouvoir accéder aux services essentiels. De ce fait, les restrictions de circulation ont eu un impact plus négatif sur elles que sur les personnes sans handicap ([UN OHCHR, non daté](#)). Par exemple, les règles imposant aux personnes de se rendre seules aux rendez-vous médicaux ont réduit l'accessibilité des services de santé pour les personnes qui ont besoin d'être accompagnées ([UN OHCHR, 2021](#)).

De très nombreux éléments attestent des répercussions de la pandémie sur la santé mentale des enfants, dont certaines sont, du moins en partie, attribuables à la fermeture des écoles ([IFRC, 2021g](#)). Une méta-analyse de 17 études systématiques a mis en évidence un large éventail de problèmes de santé mentale, dont l'anxiété, la dépression, les troubles du sommeil, un comportement suicidaire et des troubles liés au stress.

4.1.5 La violence à l'égard des groupes vulnérables a augmenté

La violence à l'encontre des femmes a augmenté pendant la pandémie. Une étude révèle que depuis la pandémie environ 40 % des femmes se sentent moins en sécurité dans les espaces publics, 25 % disent que les conflits domestiques sont devenus plus fréquents, et 70 % indiquent que les violences verbales ou physiques de leur partenaire sont devenues plus courantes ([UN Women, 2021](#)). Les restrictions telles que les confinements exposent les femmes en particulier à des **risques accrus de violence sexuelle et fondée sur le genre**. Les femmes vivant avec des partenaires violents se sont trouvées enfermées chez elles, souvent pendant des mois, ce qui signifie qu'elles ont passé davantage de temps avec leurs agresseurs, sans pouvoir obtenir une aide. Début 2020, en Afrique du Sud, la première semaine de confinement a été marquée par une augmentation de 30 % des cas de violence fondée sur le genre par rapport à la même période en 2019 ([MSF South Africa, 2020](#)).

De multiples facteurs ont contribué à l'augmentation de la violence à l'égard des enfants. Ce sont notamment « les restrictions de mouvement, la perte de revenu, l'isolement, la promiscuité et les niveaux élevés de stress et d'anxiété » ([End Violence Against Children, 2020](#)). En raison des fermetures d'écoles, certains enfants ont été confinés chez eux avec des proches maltraitants, et ont donc fait état d'une hausse des cas de violence ([Ritz et al, 2020](#)). Les réseaux informels de soutien par des membres de la famille ou des amis ont été désorganisés. Si certains enfants ont pu communiquer en ligne avec des êtres chers, le harcèlement en ligne a progressé ([Bhatia et al, 2021](#)).

Les personnes LGBTQ + ont, elles aussi, été victimes de violence accrue, par exemple parce qu'elles étaient confinées avec des proches irrespectueux ou ont fait l'objet d'arrestations sélectives. Dans certains pays, elles ont été « mises au ban, blâmées, victimes de mauvais traitements, incarcérées et stigmatisées en tant que vecteurs de maladie » ([UN OHCHR, 2020b](#)).

4.1.6 De nombreux groupes ont été exclus des services essentiels

Sur le terrain, le manque d'accès aux services gouvernementaux a constitué un problème crucial. Avant même la pandémie, les migrants en situation de précarité, y compris les migrants sans permis de résidence ou en situation irrégulière, se heurtaient à des obstacles à l'accès aux services essentiels comme les soins de santé, le logement, la nourriture et l'assistance juridique, parfois parce qu'ils étaient explicitement exclus des programmes gouvernementaux. Toutefois, des facteurs indirects ou des obstacles pratiques ont aussi joué un rôle. Par exemple, de nombreux migrants craignent d'être arrêtés ou expulsés, vivent dans des lieux dépourvus de services de santé adéquats ou sont confrontés à la barrière de la langue ([IFRC, 2018](#)). Ces obstacles sont devenus encore plus difficiles à surmonter pendant la pandémie ([IFRC, 2021e](#)). De nombreux migrants et réfugiés n'ont pas pu obtenir de tests de dépistage et de traçage du Covid-19 pour déterminer s'ils étaient infectés. Beaucoup ne pouvaient pas bénéficier d'un traitement s'ils étaient malades. Dans certains cas, les confinements et la fermeture des frontières ont fait que des personnes se sont trouvées bloquées sans soutien ou exposées au risque de devenir sans papiers ([IFRC, 2020c](#)). Enfin,

les migrants – en particulier les migrants sans papiers – ont souvent été exclus dans un premier temps des campagnes de vaccination, une situation à laquelle il n'a pas encore été totalement remédié (voir Chapitre 3) ([Red Cross Red Crescent Global Migration Lab, 2021](#)).

4.1.7 Les multiples dommages provoqués par les catastrophes

Rien de tout cela n'est surprenant. Des maladies comme la tuberculose sont évitables, mais continuent de dévaster des vies et des communautés parce que la pauvreté favorise leur propagation ([Moutinho, 2022](#)). Le Covid-19 ne sort pas de l'ordinaire à cet égard. Plus généralement, il est bien établi que les catastrophes, quelles qu'elles soient, peuvent avoir des conséquences socioéconomiques immenses, et même creuser les inégalités. Ainsi, les populations pauvres sont touchées de manière disproportionnée, principalement pour trois raisons. Premièrement, elles sont plus susceptibles d'être exposées aux aléas, car elles sont souvent contraintes de vivre dans des zones plus désavantagées et à risque, telles que les rives d'un fleuve ou une zone inondable, dans des logements de mauvaise qualité. Deuxièmement, il est fréquent qu'elles perdent une part plus importante de leurs biens lorsqu'un aléa frappe. Et troisièmement, elles sont moins aptes à faire face et à se relever parce qu'elles n'ont pas de réserves financières et d'autre lieu où s'installer ([Hallegatte et al, 2020](#)). De même, les femmes sont souvent plus touchées que les hommes par les catastrophes, en particulier dans leurs perspectives économiques ([Llorente-Marrón et al, 2020](#)). Ainsi, il est fréquent que la violence fondée sur le genre augmente à la suite d'une catastrophe ([IFRC, 2015](#)). La violence à l'égard des enfants et la traite d'êtres humains ont pareillement tendance à progresser ([IFRC, 2021f](#)). À cet égard, la pandémie de Covid-19 a eu pour l'essentiel les mêmes effets que les autres types de catastrophes, mais à une échelle bien plus grande. Pour réduire au minimum les répercussions d'aléas futurs comme les flambées de maladies, nous devons dès à présent nous attaquer à ces inégalités.



*Burkina Faso 2020 Alors que le nombre de cas confirmés de Covid-19 augmente au Burkina Faso, les volontaires de la Croix-Rouge burkinabè mènent une série d'activités de sensibilisation et de lutte contre le Covid-19 dans les camps de personnes déplacées de Kaya. Une propagation du virus parmi les personnes déplacées pourrait être dévastatrice.
© Croix-Rouge burkinabè*

ENCADRÉ 4.1 / ÉTUDE DE CAS

DISPENSER UN ENSEIGNEMENT AUX ENFANTS DU ZIMBABWE PENDANT LA PANDÉMIE

L'École secondaire indépendante de la Croix-Rouge à Harare (Zimbabwe) a ouvert en 2015 ([IFRC on Facebook, 2018](#)). Au début, elle accueillait un petit nombre d'orphelins et d'enfants vulnérables, avec le soutien financier de donateurs. Les dons ayant pris fin en 2019, l'école a aussi reçu des élèves payants pour couvrir ses dépenses de fonctionnement.

En réponse à la pandémie de Covid-19, le gouvernement du Zimbabwe a décrété des confinements et fermé les écoles ([Rwezuya et al, 2021](#)), ce qui a posé un défi à la fois éducatif et financier à l'école de la Croix-Rouge. Pour atténuer les effets de ces mesures, le gouvernement a organisé la diffusion de cours radiophoniques, qui ont accru l'accès des apprenants aux possibilités de formation ([Mokwetsi, 2020](#)).

Afin d'assurer la continuité des activités d'enseignement, l'administration de l'école de la Croix-Rouge a décidé de se tourner vers les plateformes en ligne. Avant la pandémie, l'apprentissage en ligne n'était pas répandu au Zimbabwe et beaucoup d'écoles ne disposaient pas de programmes éducatifs en ligne intéressants. L'école de la Croix-Rouge était du nombre. Les élèves et les parents ont, dans un premier temps, exprimé des réserves quant à l'éducation en ligne. En outre, l'école accueillant des pensionnaires et des externes, certains élèves ne pouvaient pas être joints car ils vivaient en dehors de Harare.

Les cours en ligne ont débuté avec quelques élèves payants. L'accès à la technologie numérique et à Internet a été un problème immédiat. Quelques élèves n'avaient pas de smartphone ou d'accès à Internet, et n'ont donc pas pu suivre les cours. L'école n'était pas en mesure de leur apporter un appui technologique, mais a assuré l'accès des enseignants à Internet. Elle a considéré que la meilleure solution était d'utiliser des plateformes Google comme Meet et Classroom, en même temps que la messagerie WhatsApp.

En conséquence, certains élèves ont choisi de ne pas suivre les cours. Quelques parents ont préféré recruter des professeurs particuliers plutôt que d'acquitter les frais de scolarité. D'autres ont fait participer leurs enfants à des cours supplémentaires dans leurs propres communautés, bien que ceux-ci aient été déclarés illégaux par le gouvernement.

Les cours en ligne ont fait la différence, mais les mesures de confinement ont eu des répercussions sur l'école de la Croix-Rouge. Tous les élèves n'ont pas été touchés de la même manière, mais beaucoup ont vu leurs notes chuter. La couverture du programme scolaire n'a pas été assurée et les cours en ligne n'ont pas été aussi productifs que les cours en présentiel. Faute d'accès à Internet, les élèves les plus pauvres ont été exclus. Enfin, les notes aux examens nationaux, qui ont été maintenus malgré les bouleversements dans le domaine de l'enseignement, ont baissé elles aussi.

Les défis posés par la pandémie ont montré combien il est nécessaire que l'école de la Croix-Rouge dispose d'un laboratoire informatique fonctionnel et bien équipé et de services Internet fiables. Les enseignants ont toujours besoin d'un soutien pour accéder à la technologie. Parallèlement aux cours traditionnels, l'école prévoit d'utiliser l'enseignement en ligne en temps ordinaire, afin de le normaliser en prévision des crises futures.

4.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS NOUS NE POUVONS PAS NÉGLIGER LES RÉPERCUSSIONS SOCIOÉCONOMIQUES DES ALÉAS

Les répercussions socioéconomiques de la pandémie de Covid-19 et d'autres catastrophes montrent que nous devons réagir aux aléas de manière globale. Des problèmes systémiques font qu'un seul choc se ramifie dans l'ensemble de la société, entraînant des impacts multiples. Même si le Covid-19 pouvait, d'une façon ou d'une autre, être éliminé demain, les effets de la pandémie se propageraient pendant des années encore.

Les 17 objectifs de développement durable (ODD) offrent un cadre de réflexion sur les conséquences des aléas pour l'ensemble de la société et les moyens de réduire la vulnérabilité générale ([UN DESA, non daté](#)). Ces objectifs vont de « pas de pauvreté » à des « villes et communautés durables ». Les cibles sont énumérées séparément, mais les synergies sont nombreuses. Ainsi, l'objectif « eau propre et assainissement » contribue à la réalisation de l'objectif « bonne santé et bien-être ». Les incidences diverses du Covid-19 sont manifestes en ce qui concerne les progrès accomplis vers la réalisation des ODD, qui ont été ralentis et dans certains cas annulés ([Lekagul et al, 2022](#)). Selon le *Rapport sur les objectifs de développement durable 2022*, il est peu probable que les ODD soient atteints d'ici à 2030 comme prévu ([UN DESA, 2022a](#)). Le Covid-19 a balayé plus de quatre ans d'avancées dans la lutte contre la pauvreté, mis à l'arrêt les progrès en matière de couverture sanitaire universelle et fait perdre à 147 millions d'enfants plus de la moitié de leur temps scolaire en présentiel en 2020-2021 (voir Encadré 4.2, ÉTUDE DE CAS : La réalisation des objectifs de développement durable retardée en Amérique latine et dans les Caraïbes).

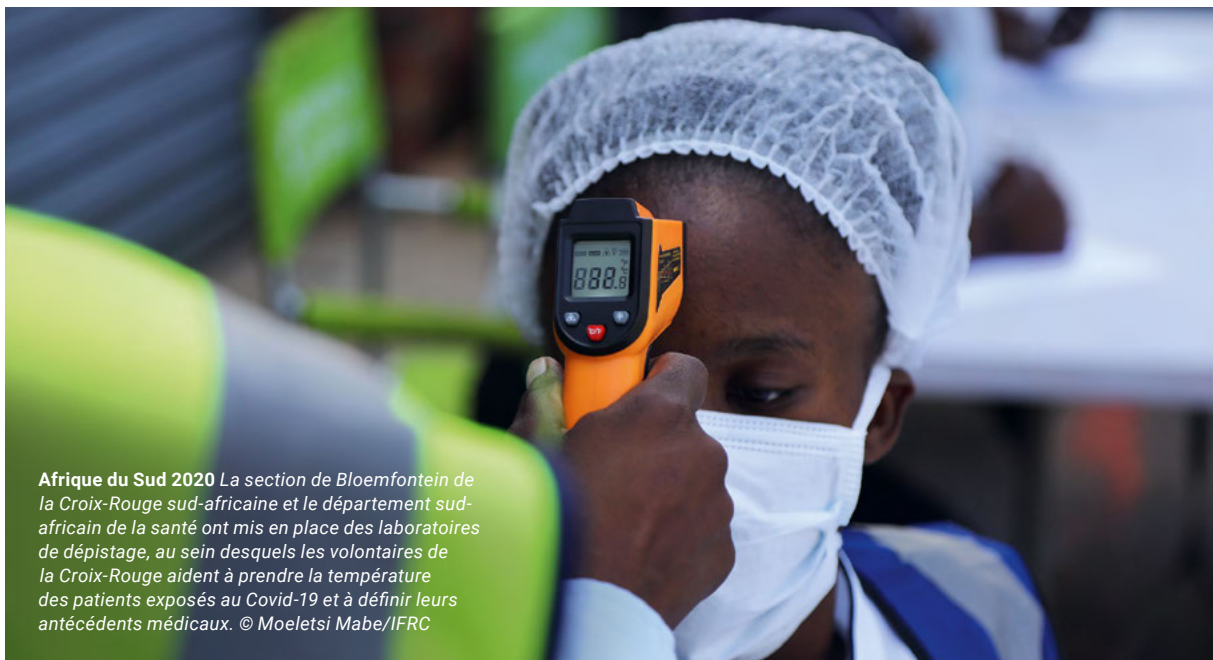
Les personnes qui sont l'objet de discriminations multiples sont fondamentalement plus vulnérables aux flambées de maladies et autres aléas. Les inégalités entraînent des difficultés économiques, l'inégalité d'accès aux services essentiels comme les soins de santé, et des tensions politiques. Les sociétés dans lesquelles elles sont largement répandues sont moins à même de faire face aux aléas. Elles sont plus exposées aux bouleversements de grande ampleur tels que l'effondrement des services essentiels. Lorsque les inégalités sont profondes, même un petit aléa peut être la goutte qui fait déborder le vase. Toutefois, en réduisant les inégalités, en renforçant les filets de sécurité sociale et en stimulant les moyens de subsistance, il est possible de réduire la vulnérabilité sociale.

Les systèmes de protection sociale, dont les filets de sécurité sociale, ont été essentiels pour aider les personnes à supporter les chocs de la pandémie ([Tirivayi et al, 2020](#)). De nombreux gouvernements ont mis en place de nouveaux programmes, par exemple de transferts monétaires non assortis de conditions aux membres du public. Une « étude évolutive » de la Banque mondiale relève que 223 économies avaient planifié ou mis en place 3 856 mesures dans les domaines de la protection sociale et du travail en janvier 2022. Beaucoup ont été prises à la hâte au début de la pandémie : en mars 2020, 180 l'étaient en moyenne chaque semaine. En 2020 et 2021, les pays ont investi plus de 3 000 milliards de dollars É.U. dans

ces interventions. Les programmes de transferts monétaires étaient les plus répandus (voir Encadré 4.5 : Les transferts monétaires en tant qu'outil de protection sociale), bien que les dons en nature, par exemple de denrées alimentaires, aient été aussi courants ([Gentilini et al, 2022](#)).

Malheureusement, ces systèmes de protection sociale n'ont parfois pas été suffisamment réactifs et n'ont pas atteint toutes les personnes qui avaient besoin d'aide. La lenteur des interventions a été extrêmement problématique parce que de nombreuses personnes avaient des réserves limitées d'argent ou de nourriture (voir Encadré 4.3 : Retards dans la protection sociale pendant la pandémie). Au Malawi, par exemple, il a été annoncé en avril 2020, à peu près au moment où le gouvernement décrétait un confinement, que des transferts monétaires seraient effectués dans les zones urbaines. Toutefois, les retards se sont accumulés et les premiers versements n'ont été faits qu'en février 2021 ([Bastagli and Lowe, 2021](#)).

De même, bien des régimes de protection sociale ne couvraient pas l'ensemble de la population. Dans de nombreux pays, les aides liées au Covid-19 étaient beaucoup plus complètes que les mécanismes précédents. Toutefois, elles étaient souvent considérées comme une nécessité temporaire pour la durée de la situation d'urgence, plutôt que comme une évolution vers une forme plus inclusive de protection sociale dans le long terme. Dans certains cas, des stéréotypes négatifs à l'égard des bénéficiaires ont été créés ou renforcés. En Afrique du Sud, contact a été pris avec les femmes avant tout pour atteindre les personnes dont elles s'occupaient, plutôt que pour assurer leur propre bien-être. Les femmes qui recevaient déjà une allocation pour enfant ont été exclues des aides. Les défenseurs de l'égalité de genre se sont dits préoccupés par les incidences négatives que ces dispositifs auront sur les droits des femmes. Entre-temps, au Pérou, les populations urbaines marginalisées étaient parfois perçues comme « sales » ou « désorganisées » et, partant, comme une menace pour la santé publique, et ces perceptions ont été exacerbées pendant la pandémie ([Bastagli and Lowe, 2021](#)).



Afrique du Sud 2020 La section de Bloemfontein de la Croix-Rouge sud-africaine et le département sud-africain de la santé ont mis en place des laboratoires de dépistage, au sein desquels les volontaires de la Croix-Rouge aident à prendre la température des patients exposés au Covid-19 et à définir leurs antécédents médicaux. © Moeletsi Mabe/IFRC

ENCADRÉ 4.2 / ÉTUDE DE CAS

LA RÉALISATION DES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE RETARDÉE EN AMÉRIQUE LATINE ET DANS LES CARAÏBES

Les objectifs de développement durable (ODD) ont été adoptés par les Nations Unies en 2015, et les nations se sont engagées à les atteindre d'ici à 2030. Cependant, la pandémie de Covid-19 a entraîné des retards dans la réalisation de nombreuses cibles.

Dans un rapport élaboré en 2022, la Fédération internationale constate que de nombreuses cibles des ODD ne seront pas atteintes en Amérique latine et dans les Caraïbes. Le rapport évalue les incidences de la pandémie sur six ODD et conclut que la réalisation de ces ODD a été retardée, de plusieurs décennies pour certains. Par exemple, l'éradication de l'extrême pauvreté dans la région est retardée de 30 ans (ODD 1), les régimes alimentaires se sont détériorés (ODD 2), et 10 % des emplois ont été perdus (ODD 8) (IFRC, 2022d).



Brésil 2021 La Croix-Rouge brésilienne fait face à la pandémie de Covid-19 en fournissant une aide humanitaire aux populations vulnérables et en menant des activités de soutien psychosocial et de promotion de l'hygiène. © Croix-Rouge brésilienne

ENCADRÉ 4.3 / ÉTUDE DE CAS

RETARDS DANS LA PROTECTION SOCIALE PENDANT LA PANDÉMIE

En mai 2020, le Pérou a annoncé qu'il allait lancer un programme quasi universel de transferts monétaires, le *Bono Familiar Universal*. Ce programme remplaçait les mécanismes d'urgence préexistants, qui visaient chacun un groupe limité de bénéficiaires.

Les ménages déjà enregistrés ont commencé à recevoir les versements en mai. Toutefois, ceux qui devaient s'enregistrer pour la première fois ont attendu jusqu'en août leur premier versement. Ces ménages ont dû vivre un confinement strict, qui a duré de la mi-mars à la fin juin (Lowe et al, 2021). Les personnes qui n'étaient pas préalablement enregistrées étaient principalement des travailleurs informels et des employés domestiques informels issus de milieux défavorisés et des groupes vulnérables.



Pérou 2020 Distribution à Villa Maria del Triunfo : la Croix-Rouge péruvienne s'emploie à distribuer des articles alimentaires, des ustensiles et du matériel de cuisine à différentes Ollas Comunes (espaces autogérés principalement par des femmes, qui s'organisent pour cuisiner pour leur communauté, en donnant la priorité aux enfants et aux personnes âgées) dans plusieurs quartiers de Lima, la capitale du pays.
© Croix-Rouge péruvienne

4.3 CE QU'IL FAUT FAIRE

RENFORCER LA PROTECTION SOCIALE POUR AIDER LES COMMUNAUTÉS À PROSPÉRER

Une autre crise comme celle du Covid-19 se produira certainement, et pourrait revêtir de nombreuses formes (voir Chapitre 1). Afin de pouvoir y faire face, nous devons renforcer tous nos systèmes avant qu'elle ne survienne.

Le présent rapport est en grande partie consacré aux systèmes de santé : comment les renforcer au niveau communautaire (Chapitre 2) et au niveau international (Chapitre 3), comment améliorer la collecte et l'analyse des données relatives à la santé (Chapitre 5), et comment améliorer le droit de la santé (Chapitre 6). Cependant, nous devons aller plus loin. Le Covid-19 a été une crise multidimensionnelle, ce que seront aussi les aléas majeurs futurs ([UNDP, non daté](#)). Tout comme celle du Covid-19, la prochaine crise exercera ses effets les plus préjudiciables sur les plus vulnérables ; entraînera des pertes de moyens de subsistance et aggravera la pauvreté ; perturbera l'éducation des enfants ; menacera la santé mentale de chacun ; et augmentera la violence à l'égard des groupes vulnérables. Cela signifie que la société tout entière doit devenir plus résiliente.

Prenons à nouveau les ODD : une action résolue peut annuler les retards causés par la crise du Covid-19. Un rapport publié en 2021 par le Programme des Nations Unies pour le développement établit que, avant même la pandémie, nous avons peu de chances d'atteindre nombre des cibles d'ici à 2030 comme prévu ([Abidoye et al, 2021](#)). Néanmoins, le rapport fait aussi valoir qu'il est possible d'accélérer les progrès au moyen d'actions ciblées dans des domaines essentiels, dont la protection sociale, ce qui suffirait pour combler la plupart des pertes causées par la pandémie et permettrait à bien plus de pays d'atteindre leurs cibles d'ici à 2030.

De la même manière, certains des bouleversements dans le domaine de l'éducation ont été atténués par une action concertée. Trente-trois Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ont apporté un soutien éducatif à 4,2 millions d'élèves, en continuant à leur dispenser un enseignement ou en leur donnant la possibilité de retourner à l'école dans des conditions de sécurité ([IFRC, 2022a](#)). Un certain nombre de programmes ont été mis en œuvre à cette fin, notamment : communication sur les risques et promotion de l'hygiène dans les écoles ; assistance en nature ou en espèces au titre d'équipements et de matériels pour l'apprentissage en ligne ; et soutien à la scolarisation à domicile des apprenants.

Au vu des incidences profondes des inégalités durant la pandémie, il est urgent de considérablement améliorer la protection sociale, en particulier les filets de sécurité sociale ([Cuevas Barron et al, 2021](#)). Dans beaucoup de pays, les systèmes de protection sociale sont limités, même s'ils ont été nettement renforcés durant la pandémie de Covid-19. Seulement 46,9 % de la population mondiale bénéficie de prestations de protection sociale ([ILO, 2021](#)). Pourtant, les systèmes de protection sociale sont essentiels pour aider les personnes à survivre aux catastrophes et à prospérer ensuite, et ils doivent donc être développés ([Climate Centre, non daté](#)). Le Partenariat pour des actions rapides prises en connaissance des risques (REAP) fait valoir que la protection sociale est déterminante pour les populations vulnérables aux changements climatiques ([REAP, 2021](#)) ; ses arguments s'appliquent tout aussi bien aux pandémies et autres aléas. De même, les répercussions socioéconomiques ont constitué dès le début l'un des trois piliers principaux de

ENCADRÉ 4.4 / ÉTUDE DE CAS

PLAN D'AIDE SOCIALE D'URGENCE : UNE PROTECTION SOCIALE POUR LES RÉFUGIÉS EN TÜRKIYE

Les régimes de protection sociale peuvent aider les personnes les plus vulnérables à faire face à un choc profond. C'est ce qu'illustre l'expérience de réfugiés qui vivaient en Türkiye durant la pandémie de Covid-19.

La Türkiye héberge plus de 4 millions de réfugiés, la plus vaste population réfugiée au monde. Beaucoup ont fui le conflit en cours en Syrie. Malgré les efforts considérables du gouvernement de la Türkiye, beaucoup vivent dans la précarité. Face à cette situation, le Plan d'aide sociale d'urgence (ESSN) a été lancé en 2016. Fin 2022, il apportait une aide mensuelle en espèces à plus de 1,5 million des réfugiés (voir Encadré 4.5 : Les transferts monétaires en tant qu'outil de protection sociale). Financé par l'Union européenne (UE), il est géré par la Fédération internationale et la Société du Croissant-Rouge turc, aux côtés d'institutions gouvernementales ([IFRC, non daté](#)).

L'ESSN est le plus vaste programme humanitaire de l'histoire de l'UE et de la Fédération internationale ([ECPHAO, non daté](#)). Il est un bon exemple de ce que les organisations humanitaires peuvent faire pour renforcer les régimes nationaux de protection sociale en venant en aide à des personnes vulnérables qui autrement seraient exclues – et ainsi améliorer **l'équité**.

Quand la pandémie de Covid-19 a commencé début 2020, de nombreux réfugiés n'ont plus été en mesure de travailler en raison des restrictions. 78,4 % des ménages bénéficiaires de l'ESSN et 81,2 % des ménages non bénéficiaires ont indiqué qu'au moins un membre du ménage avait perdu son emploi à cause du Covid-19.

Face à cette situation, l'ESSN a distribué le plus gros volume d'espèces transférées par la Fédération internationale à ce jour. De l'argent a été remis à 1,8 million de réfugiés : chaque famille a reçu l'équivalent de 128 euros, le seul revenu de nombreux ménages pendant les confinements. Un rapport publié en 2021 relève que les réfugiés bénéficiaires des transferts monétaires étaient moins susceptibles que les autres de recourir à des stratégies d'adaptation négatives. Leur endettement moyen était aussi plus faible ([IFRC, 2021a](#)).



l'Appel d'urgence de la Fédération internationale au titre du Covid-19 (voir Encadré 4.4, ÉTUDE DE CAS : Plan d'aide sociale d'urgence : une protection sociale pour les réfugiés en Türkiye).

Les meilleurs systèmes de protection sociale sont réactifs aux chocs, ce qui signifie qu'ils commencent automatiquement à apporter une assistance quand certains signes avant-coureurs d'une catastrophe sont observés. Souvent, les transferts monétaires et la distribution de bons constituent l'assistance la plus appropriée (voir Encadré 4.5 : Les transferts monétaires en tant qu'outil de protection sociale) ([UNDP, 2021](#)).

Il est essentiel de veiller à ce que chaque personne soit enregistrée auprès du système de protection sociale pour garantir que nul ne sombre dans la pauvreté ou ne subit des effets disproportionnés sur sa santé en conséquence des crises futures ([World Bank, 2022a](#)). Dans de nombreux pays, les gouvernements ne sont pas en mesure d'atteindre certaines communautés. Il se peut aussi que certaines personnes n'aient pas de papiers d'identité ou soient en situation irrégulière, et ne puissent donc pas s'enregistrer. Dans certains cas, des personnes ignorent simplement qu'un système de protection sociale existe. Les humanitaires et autres acteurs locaux proches des communautés locales peuvent jouer un rôle essentiel pour établir des liens entre les personnes, y compris les migrants, et les systèmes de protection sociale, aider ces personnes à s'enregistrer et veiller à ce qu'elles reçoivent une assistance ([CashHub, 2020b](#)).

L'ère du Covid-19 a démontré que les systèmes de protection sociale peuvent être très considérablement améliorés si la volonté politique existe. Par exemple, le gouvernement de l'Équateur a travaillé avec la Banque mondiale en vue d'étendre et de renforcer ses systèmes de protection sociale. Les transferts d'urgence ont été élargis début 2020 : deux versements mensuels de 60 dollars É.U. ont d'abord été faits à 400 000 ménages vulnérables, puis plus de 400 000 bénéficiaires supplémentaires ont reçu un versement unique de 120 dollars É.U. Parallèlement, le gouvernement a réduit le délai moyen d'accès aux prestations de chômage, qui est passé de 60 jours en 2019 à 6 jours. De plus, il a créé un registre des migrations pour faire en sorte que les services publics soient fournis aux migrants et réfugiés vénézuéliens ([World Bank, 2021](#)).

Néanmoins, les systèmes de protection sociale ne sont pas à eux seuls une solution à toutes les inégalités. La discrimination et la violence appellent d'autres solutions. Protéger en droit les droits des personnes en est une (voir Chapitre 6). Plus généralement, l'évolution vers des communautés prospères doit viser en priorité l'égalité et l'inclusion. Il est essentiel d'atteindre toutes les populations – en particulier, celle qui sont marginalisées, sous-représentées ou l'objet de discrimination, et les groupes qui sont devenus plus vulnérables pendant la pandémie de Covid-19 et d'autres catastrophes récentes, et ont en conséquence souffert de façon disproportionnée. Une interaction complexe se produit entre la violence, la discrimination et l'exclusion : elles sont indissolublement liées et doivent être traitées ensemble ([IFRC, 2022c](#)). Plus le cercle vicieux de la violence, de la discrimination, de l'exclusion et de la vulnérabilité sera affaibli, plus les chances seront grandes de trouver des solutions globales, durables et équitables à la prochaine flambée de maladie et à d'autres aléas.

Une action concertée des acteurs humanitaires, du développement, de la santé, de la paix et du climat est impérative pour réaliser cette forme de résilience. Des contributions de la société civile, y compris les institutions confessionnelles, sont également nécessaires. Ces domaines sont certes distincts, mais ils ne doivent pas être cloisonnés. Ce n'est qu'en adoptant cette approche globale, couvrant l'ensemble de la société, que nous pourrions réellement nous relever de la pandémie de Covid-19. La pandémie n'a pas été simplement une crise sanitaire : elle a causé d'énormes dommages économiques, fait régresser les droits de l'homme et déclenché des crises sociales. Un effort véritablement coordonné est indispensable si nous voulons faire en sorte qu'une telle calamité ne se reproduise pas. La priorité est de renforcer les capacités des communautés et d'aider les communautés à prendre en main leur propre avenir.

ENCADRÉ 4.5 : LES TRANSFERTS MONÉTAIRES EN TANT QU'OUTIL DE PROTECTION SOCIALE

Les transferts monétaires sont l'une des modalités d'assistance les plus importantes. Par comparaison avec d'autres formes d'aide, ils assurent la plus grande flexibilité possible aux bénéficiaires, auxquels ils confèrent dignité et capacité d'agir. Ces transferts ont été un outil essentiel de protection sociale pendant la pandémie de Covid-19 ([CashHub, 2020a](#)). Ils ont aidé les personnes à éviter de tomber dans la pauvreté, ou de s'appauvrir davantage, quand leurs moyens de subsistance étaient compromis.

Comme pour toutes les formes d'assistance, il y a des limites. Les transferts monétaires ne sont viables que si des facteurs tels que les conditions du marché local sont adéquates. De plus, ils supposent un degré élevé de **confiance, tant des donateurs que des bénéficiaires** – des seconds parce que les transferts monétaires imposent d'utiliser des données personnelles comme les coordonnées bancaires et le statut juridique.

Toutefois, ces problèmes sont compensés par les énormes avantages que présentent les transferts monétaires, dont la modulabilité est un point positif essentiel. Il est possible d'aider rapidement un grand nombre de personnes avec des ressources et un personnel relativement limités. Au début de 2020 par exemple, la Fédération internationale a déployé le plus grand programme de transferts monétaires de son histoire : 46,4 millions d'euros à plus de 1,7 million de réfugiés en Türkiye (voir Encadré 4.4 : Plan d'aide sociale d'urgence : une protection sociale pour les réfugiés en Türkiye) ([IFRC, 2020a](#)). Dans les Caraïbes, les Sociétés nationales ont fourni à des milliers de personnes des espèces et des formes d'assistance similaires, telles que des bons d'achat dans les supermarchés. En avril 2022, la Croix-Rouge de la Jamaïque avait fourni 805 cartes de paiement. Elle avait aussi distribué des colis alimentaires à 10 000 familles. De même, la Croix-Rouge de Sainte-Lucie a fourni des cartes de paiement, des bons d'achat dans les supermarchés et des colis alimentaires à plus de 3 300 familles touchées ([IFRC, 2021c](#)). De nombreuses Sociétés nationales ont utilisé les transferts monétaires pour la première fois. La Société du Croissant-Rouge d'Azerbaïdjan a fourni des espèces et des bons à près de 1 000 familles vulnérables durement touchées par la pandémie ([IFRC, 2021d](#)).

Les transferts monétaires sont de plus en plus utiles. Ainsi, le conflit en cours en Ukraine a poussé des millions de personnes à se réfugier dans les pays voisins : la Fédération internationale et les Sociétés nationales ont réagi en partie en effectuant des transferts monétaires ([IFRC, 2022b](#)). Fin mai, plus de 4,3 millions de francs suisses avaient été distribués. La réponse a été accélérée par une nouvelle application en ligne que des milliers de réfugiés ont utilisée pour s'enregistrer, ce qui a permis aux volontaires de consacrer du temps aux personnes ayant des besoins plus complexes ([Polish Red Cross, non daté](#)).



RECOMMANDATIONS CLÉS

Inclure la lutte contre les inégalités dans toutes les interventions en cas d'urgence sanitaire et de catastrophe. Il est capital de s'attaquer aux inégalités dans la préparation et la réponse à chaque crise, chaque catastrophe et chaque pandémie. Il est nécessaire d'évaluer, d'analyser et de combattre les inégalités dans toutes les interventions en cas de catastrophe. Les principaux acteurs (dont les acteurs locaux) doivent avoir la volonté et la capacité de déterminer qui est le plus touché en raison des inégalités, des exclusions et des obstacles – et ils doivent élaborer des stratégies pour faire en sorte que les besoins de ces personnes soient satisfaits. À cette fin, nous devons porter une attention considérablement accrue à la lutte contre les inégalités dans le droit, les politiques et la planification relatifs aux urgences de santé publique/aux catastrophes (voir Chapitre 6) ; les méthodes de collecte de données spécifiques permettant de définir les domaines d'inégalité ; ainsi que la formation sur mesure des intervenants.

Étendre et améliorer les systèmes de protection sociale aussi longtemps possible avant les crises. La pandémie de Covid-19 a montré que les inégalités sociales peuvent exacerber des aléas tels que les flambées de maladies. Réduire les inégalités en améliorant la protection sociale peut donc contribuer à améliorer la résilience globale de la société. Les systèmes de protection sociale doivent être renforcés de façon à couvrir une plus grande part de la population mondiale, en particulier les personnes qui en ont le plus besoin et qui ont été identifiées par des évaluations inclusives de la vulnérabilité et des risques. Ces systèmes doivent être réactifs et servir d'outil modulable de l'intervention en cas de crise, en apportant une aide, par exemple en espèces, que les personnes peuvent utiliser de manière flexible. Les acteurs locaux ont un rôle essentiel à jouer pour faire en sorte que tout le monde soit enregistré, y compris les personnes vulnérables et marginalisées.

Remédier aux obstacles formels et informels aux services essentiels comme la santé. Les inégalités sont souvent perpétuées par la discrimination et d'autres obstacles à l'accès qui sont systémiques et moins tangibles. Durant la pandémie, des groupes comme les migrants sans papiers ont souvent eu du mal à obtenir des tests de dépistage du Covid-19, un traitement ou des vaccins. Parfois, les systèmes excluent légalement certains groupes ou communautés ; parfois, ils créent des freins, tels que la crainte d'être arrêté ou des services inabordables. Tout aussi souvent, les services ne sont pas disponibles dans certaines communautés, ou négligent ces communautés, ce qui nourrit le mécontentement et la méfiance. Il faut remédier à tous ces obstacles dans les lois, les politiques, les plans et la formation pour garantir la sécurité, la dignité et le bien-être de tous les membres de la société.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Abidoye B et al (2021) *Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs)*. UNDP (United Nations Development Programme). <https://www.undp.org/publications/leaving-no-one-behind-impact-covid-19-sustainable-development-goals-sdgs>

Age UK (2020) *The impact of COVID-19 to date on older people's mental and physical health*. <https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/2020/10/age-uk--research-into-the-effects-of-the-pandemic-on-the-older-populations-health/>

Argentine Red Cross (2021) *Investigation on Childhood in Argentina: National Survey*. <https://cruzroja.org.ar/observatorio-humanitario/wp-content/uploads/2021/11/Report-Childhood.pdf>

Armenian Red Cross Society (2021) *Impact study on COVID-19 on older people and caregivers in Armenia*. <https://www.ifrc.org/document/impact-study-covid-19-older-people-and-caregivers-armenia>

Azcona G et al (2020) *From insights to action: Gender equality in the wake of COVID-19*. United Nations Entity for Gender Equality and the Empowerment of Women (UN Women). <https://www.unwomen.org/en/digital-library/publications/2020/09/gender-equality-in-the-wake-of-covid-19>

Bastagli F and Lowe C (2021) *Social protection response to COVID-19 and beyond: emerging evidence and learning for future crises*. Overseas Development Institute, Working Paper 614. <https://apo.org.au/node/313143>

Bhatia A et al (2021) *Violence against children during the COVID-19 pandemic*. *Bulletin of the World Health Organization*, 99 (10), pp. 730 – 8. <https://doi.org/10.2471/BLT.20.283051>

CashHub (2020a) *Linking Humanitarian Cash and Social Protection: Learning from the experience of eight National Societies*. https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/3/2021/05/CashHub_LinkingHumanitarianCashandSP_v5.pdf

CashHub (2020b) *Strengthening Linkages with Social Protection Systems: Orientation guidance for Red Cross Red Crescent National Societies*. https://cash-hub.org/wp-content/uploads/sites/3/2020/08/Guidance-for-NS_Strengthening-linkages-with-SP.pdf

Climate Centre (no date) *Social protection*. https://www.climatecentre.org/priority_areas/social_protection/

Connor J et al (2020) Health risks and outcomes that disproportionately affect women during the Covid-19 pandemic: A review. *Social Science & Medicine*, 266, 113364. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2020.113364>

Cuevas Barron G et al (2021) Safeguarding people living in vulnerable conditions in the COVID-19 era through universal health coverage and social protection. *The Lancet Public Health*, 7(1), pp. E86-E92. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(21\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(21)00235-8)

ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (no date) *The Emergency Social Safety Net (ESSN): Offering a lifeline to vulnerable refugees in Turkey*. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/emergency-social-safety-net-essn-offering-lifeline-vulnerable-refugees-turkiye_fr

End Violence Against Children (2020) *Leaders call for action to protect children during COVID-19*. https://www.end-violence.org/sites/default/files/paragraphs/download/Ending_Violence_in_a_time_of_COVID-19_-_Join_Statement_French_0.pdf

Furbush A et al (2021) *The Evolving Socioeconomic Impacts of COVID-19 in Four African Countries*. Policy Research Working Paper, No. 9556. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/35205>

Gentilini U et al (2022) Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/37186>

Glinski S (2020) *Food prices soar under coronavirus threat in Afghanistan*. The New Humanitarian. <https://www.thenewhumanitarian.org/news/2020/04/07/afghanistan-food-insecurity-coronavirus>

Global Youth Mobilization (no date) <https://globalyouthmobilization.org/page-a-propos/?lang=fr>

Hallegatte S et al (2020) From Poverty to Disaster and Back: A Review of the Literature. *Economics of Disasters and Climate Change*, 4, pp. 223–47. <https://doi.org/10.1007/s41885-020-00060-5>

IDS (Institute of Development Studies) (2020) *Religious inequalities and the impact of Covid-19*. <https://www.ids.ac.uk/news/religious-inequalities-and-the-impact-of-covid-19/>

IFRC (2015) *Unseen, unheard: Gender-based violence in disasters*. <https://www.ifrc.org/document/unseen-unheard-gender-based-violence-disasters>

IFRC (2018) *New Walled Order: How barriers to basic services turn migration into a humanitarian crisis*. <https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/wp-content/uploads/2020/06/New-Walled-Order-FR-FINAL.pdf>

IFRC (2020a) IFRC provides largest single-cash transfer to respond to the socio-economic needs amid COVID-19. <https://www.ifrc.org/article/ifrc-provides-largest-single-cash-transfer-respond-socio-economic-needs-amid-covid-19>

IFRC (2020b) *Guidance for Staff and Volunteers working with Older people on COVID-19*. https://preparecenter.org/wp-content/uploads/2020/08/Interim_guidance_working_w_older_people_for_staff_and_volunteers_during_COVID19-FR-1.pdf

IFRC (2020c) *Least protected, most affected: Migrants and refugees facing extraordinary risks during the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/sites/default/files/IFRC-report-COVID19-migrants-least-protected-most-affected.pdf>

IFRC (2021a) *Cash assistance in times of COVID-19: Impacts on refugees living in Turkey*. <https://oldmedia.ifrc.org/ifrc/document/cash-assistance-in-times-of-covid-19-impacts-on-refugees-living-in-turkey/>

IFRC (2021b) *Drowning Just Below the Surface: The socioeconomic consequences of the COVID-19 pandemic*. <https://www.ifrc.org/fr/press-release/au-bord-du-pr%C3%A9cipice-nouvelle-%C3%A9tude-f%C3%A9d%C3%A9ration-internationale-r%C3%A9v%C3%A8le-l%27ampleur>

IFRC (2021c) *Hope restored: Red Cross helps thousands across Caribbean through COVID-19 livelihood recovery programme*. <https://www.ifrc.org/article/hope-restored-red-cross-helps-thousands-across-caribbean-through-covid-19-livelihood>

IFRC (2021d) *I can buy diapers for my disabled son thanks to the Azerbaijan Red Crescent's cash support*. <https://www.ifrc.org/article/i-can-buy-diapers-my-disabled-son-thanks-azerbaijan-red-crescents-cash-support>

IFRC (2021e) *Locked down and left out? Why access to basic services for migrants is critical to our COVID-19 response and recovery*. <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-08/FR-RCRC-Global-Migration-Lab-Locked-down-left-out-COVID19-1.pdf>

IFRC (2021f) *Minimum standards for protection, gender and inclusion in emergencies*. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-10/PSK2019005-Minimum_standards_for_protection-gender_and_inclusion_in_emergencies_Fr_Web%5B1%5D_3.pdf

IFRC (2021g) *Red Cross Red Crescent warns of the devastating impacts of the COVID-19 pandemic on children and young people in Europe*. <https://www.ifrc.org/press-release/red-cross-red-crescent-warns-devastating-impacts-covid-19-pandemic-children-and-young>

IFRC (2022a) *Annual Report 2021*. <https://www.ifrc.org/document/annual-report-2021>

IFRC (2022b) *IFRC scales up cash assistance to people impacted by conflict in Ukraine*. <https://www.ifrc.org/fr/article/lifrc-augmente-laide-en-especes-aux-personnes-touchees-par-conflit-en-ukraine>

IFRC (2022c) *Protection, gender, and inclusion policy*. <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2022-10/IFRC-PGI-Policy-FR.pdf>

IFRC (2022d) *Readjusting the Path Towards Equity: Challenges and actions to achieve a sustainable and equitable recovery from the socioeconomic effects of COVID-19 in Latin America and the Caribbean*. Forthcoming.

IFRC (no date) *Emergency Social Safety Net (ESSN)*. <https://www.ifrc.org/fr/notre-travail/catastrophes-climat-et-crisis/cash-and-voucher-assistance/plan-d'aide-sociale-d>

IFRC on Facebook (2018) *Red Cross High School in Harare*. <https://www.facebook.com/watch/?v=10156003009634280>

ILO (International Labour Office) (2021) *World Social Protection Report 2020–22: Social Protection at the Crossroads – in Pursuit of a Better Future*. https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_848691/lang--fr/index.htm

Jones K et al (2021) *Locked down and in limbo: The global impact of COVID-19 on migrant worker rights and recruitment*. International Labour Organization. https://www.ilo.org/global/topics/fair-recruitment/publications/WCMS_826760/lang--fr/index.htm

Lekagul A et al (2022) Multi-dimensional impacts of Coronavirus disease 2019 pandemic on Sustainable Development Goal achievement. *Global Health*, 18, 65. <https://doi.org/10.1186/s12992-022-00861-1>

Leon Rojas D et al (2022) Parents and school-aged children's mental well-being after prolonged school closures and confinement during the COVID-19 pandemic in Mexico: a cross-sectional online survey study. *BMJ Paediatrics Open*, 6, e001468. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001468>

Llorente-Marrón M et al (2020) Socioeconomic consequences of natural disasters on gender relations: The case of Haiti. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 50, 101693. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2020.101693>

Lowe C et al (2021) *National cash transfer responses to Covid-19: operational lessons learned for social protection system-strengthening and future shocks*. ODI. <https://odi.org/en/publications/national-cash-transfer-responses-to-covid-19-operational-lessons-learned-for-social-protection-system-strengthening-and-future-shocks/>

Mahase E (2021) Covid-19: Adults in poorest areas are almost four times more likely to die, inquiry finds. *BMJ*, 374, n1728. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1728>

Meinck S et al (2022) *The impact of the COVID-19 pandemic on education: international evidence from the Responses to Educational Disruption Survey (REDS)*. UNESCO and International Association for the Evaluation of Educational Achievement. <https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000380398>

Mendez Ramos F and Lara J (2022) COVID-19 and poverty vulnerability. Future Development blog, The Brookings Institution. <https://www.brookings.edu/blog/future-development/2022/05/18/covid-19-and-poverty-vulnerability/>

Millán-Guerrero RO et al (2021) Poverty and survival from COVID-19 in Mexico. *Journal of Public Health*, 43, 3, pp. 437–44. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdaa228>

Mokwetsi J (2020) *Radio lessons provide much needed continuity in learning amid the Covid-19 pandemic*. UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/radio-lessons-provide-needed-continuity-learning-amid-covid-19-pandemic>

Moutinho S (2022) Tuberculosis Is the Oldest Pandemic, and Poverty Makes It Continue. *Nature*, 605, S16–S20. <https://doi.org/10.1038/d41586-022-01348-0>

MSF (Médecins Sans Frontières) South Africa (2020) *South Africa: Sexual and Gender-Based Violence, a concern during COVID-19 lockdown*. <https://www.msf.org.za/news-and-resources/latest-news/south-africa-sexual-and-gender-based-violence-concern-during-covid>

OECD (2020) *Women at the core of the fight against COVID-19 crisis*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/women-at-the-core-of-the-fight-against-covid-19-crisis-553a8269/>

OECD (2022) *The unequal impact of COVID-19: A spotlight on frontline workers, migrants and racial/ethnic minorities*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/the-unequal-impact-of-covid-19-a-spotlight-on-frontline-workers-migrants-and-racial-ethnic-minorities-f36e931e/>

Platt L (2021) *Why ethnic minorities are bearing the brunt of COVID-19*. London School of Economics and Political Science. <https://www.lse.ac.uk/research/research-for-the-world/race-equity/why-ethnic-minorities-are-bearing-the-brunt-of-covid-19>

Polish Red Cross (no date) *Register with the Red Cross for financial assistance*. <https://ukrainefinancialassistance.ifrc.org/polish-red-cross>

REAP (Risk-informed Early Action Partnership) (2021) *Early Action and the Climate Crisis: Could social protection be a game changer?* <https://www.early-action-reap.org/linking-social-protection-and-early-action-game-changer-people-centred-climate-action>

Red Cross Red Crescent Global Migration Lab (2021) *Sight Unseen: A vision for effective access to COVID-19 vaccines for migrants*. <https://www.ifrc.org/media/49011>

Ritz D et al (2020) *The Hidden Impact of COVID-19 on Child Protection and Wellbeing*. Save the Children International. https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/the_hidden_impact_of_covid-19_on_child_protection_and_wellbeing.pdf/

Rwezuva S et al (2021) *Providing a learning solution for millions of in and out of school children in Zimbabwe*. UNICEF. <https://www.unicef.org/zimbabwe/stories/providing-learning-solution-millions-and-out-school-children-zimbabwe>

Salari N et al (2020) Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global Health*, 16, 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-020-00589-w>

Save the Children (2020) *Almost 10 million children may never return to school following COVID-19 lockdown*. <https://www.savethechildren.net/news/almost-10-million-children-may-never-return-school-following-covid-19-lockdown>

Tirivayi N et al (2020) *A Rapid Review of Economic Policy and Social Protection Responses to Health and Economic Crises and their Effects on Children*. Innocenti Working Papers, No. 2020/02. <https://doi.org/10.18356/224f8efa-en>

Torjesen I (2021) Covid-19: Middle aged women face greater risk of debilitating long term symptoms. *BMJ*, 372. <https://doi.org/10.1136/bmj.n829>

Turkish Red Crescent (2020) *Impact of COVID-19: On refugee populations benefitting from the Emergency Social Safety Net (ESSP) Programme - Assessment report*. <https://reliefweb.int/report/turkey/impact-covid-19-refugee-populations-benefitting-emergency-social-safety-net-essp>

Turkish Red Crescent (2021) *Deepening poverty and debt: Socioeconomic impacts for refugees in Turkey one year on from COVID-19*. https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-12/socioeconomic_impacts_for_refugees_in_turkey_one_year_on_from_covid-19_0.pdf

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022a) *The Sustainable Development Goals Report 2022*. https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_French.pdf

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (2022b) *World Economic Situation and Prospects 2022*. <https://www.un.org/development/desa/dpad/publication/world-economic-situation-and-prospects-2022/>

UN DESA (United Nations Department of Economic and Social Affairs) (no date) *The 17 Goals*. <https://sdgs.un.org/goals>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020a) *OHCHR Guidelines on COVID-19 and the rights of persons with disabilities*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/COVID-19_and_The_Rights_of_Persons_with_Disabilities_FR.pdf

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2020b) *Report on the impact of the COVID-19 pandemic on the human rights of LGBT persons*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/ImpactCOVID19LGBTpersons.pdf>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (2021) *The Socioeconomic Impact of COVID19 on Persons with Disabilities*. <https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Disability/COVID-19/OHCHR-summaryreport.docx>

UN OHCHR (United Nations Human Rights Office) (no date) *COVID-19 and persons with disabilities*" <https://www.ohchr.org/en/covid-19-and-persons-disabilities>

UN Women (2021) *Measuring the shadow pandemic: Violence against women during COVID-19*. <https://data.unwomen.org/sites/default/files/documents/Publications/Measuring-shadow-pandemic-FR.pdf>

UNDP (United Nations Development Programme) (2021) *Addressing COVID-19's uneven impacts on vulnerable populations in Bangladesh: The case for shock-responsive social protection*. <https://www.undp.org/library/dfs-addressing-covid-19s-uneven-impacts-vulnerable-populations-bangladesh-case-shock-responsive>

UNDP (United Nations Development Programme) (no date) *COVID-19 and the SDGs: How the 'roadmap for humanity' could be changed by a pandemic*. <https://feature.undp.org/covid-19-and-the-sdgs/fr/>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2020) *The impact of COVID-19 on the mental health of adolescents and youth*. <https://www.unicef.org/lac/en/impact-covid-19-mental-health-adolescents-and-youth>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (2021) *Education disrupted: The second year of the COVID-19 pandemic and school closures*. <https://data.unicef.org/resources/education-disrupted/>

UNSDR (United Nations Sustainable Development Group) (2020) *Policy Brief: The impact of COVID-19 on older persons*. <https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-impact-covid-19-older-persons>

Weeks, R. (2021) *New data shows COVID-19's disproportionate impact on American Indian, Alaska Native tribes*. The Hub, Johns Hopkins University. <https://hub.jhu.edu/2021/10/11/map-covid-19-impact-american-indian-population/>

WHO (World Health Organization) (2021) *Refugees and migrants in times of COVID-19: Mapping trends of public health and migration policies and practices*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240028906>

WHO (World Health Organization) (no date) *Older people & COVID-19*. <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/covid-19>

World Bank (2021) *Protecting the Vulnerable During the COVID-19 Crisis: Ecuador's Emergency Cash-Transfer Scheme and Increased Work Arrangement Flexibility*. <https://www.worldbank.org/en/results/2021/04/09/protecting-the-vulnerable-during-the-covid-19-crisis-ecuador-s-emergency-cash-transfer-scheme-and-increased-work-arrange>

World Bank (2022a) *Charting a Course Towards Universal Social Protection: Resilience, Equity, and Opportunity for All*. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/38031>

World Bank (2022b) *Poverty and Shared Prosperity 2022: Correcting Course*. <https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1893-6>

You D et al (2020) Migrant and displaced children in the age of COVID-19: How the pandemic is impacting them and what we can do to help. *Migration Policy Practice*, X(2), pp. 32–9. <https://www.unicef.org/documents/migrant-and-displaced-children-age-covid-19>

Pays-Bas 2020 La crise du Covid-19 a fait augmenter le nombre de personnes ayant besoin d'une aide alimentaire aux Pays-Bas. Des milliers de personnes n'ont plus assez d'argent pour faire des courses mais n'ont pas droit aux formes d'aide alimentaire conventionnelles - tel est notamment le cas des sans-papiers. La Croix-Rouge néerlandaise leur distribue des bons pour des repas. Dans les mois à venir, des milliers de personnes recevront des bons de ce type, qui leur assureront un repas par jour.
© Arie Kievit/Croix-Rouge néerlandaise

UTILISATION DES DONNÉES À L'APPUI DES COMMUNAUTÉS



**La collecte et l'analyse
des données doivent être
strictement axées sur les
besoins définis par les
communautés**

Table des matières

Introduction	167
5.1 Ce que nous avons vu – nous disposions d’immenses volumes de données sur le Covid-19, mais ces données n’ont pas toujours été mises à profit	168
5.2 Ce que nous avons appris – nous n’avons pas collecté et utilisé suffisamment de types de données pertinents	173
5.3 Ce qu’il faut faire – créer et utiliser un écosystème de données sur la santé et les aléas	183
Recommandations clés	188

INTRODUCTION

Les données et les technologies numériques jouent un rôle essentiel dans la gestion de toute situation d'urgence ou de catastrophe. Elles sont nécessaires à tous les stades : pour comprendre la situation, planifier et mettre en œuvre des mesures, assurer un suivi et évaluer. La pandémie de Covid-19 a été marquée par d'immenses succès en matière de collecte de données. Néanmoins, la qualité, la cohérence et l'utilisation des données comportaient d'importantes lacunes. En outre, dans bien des cas, il n'était pas donné suite aux données.

Pour mieux gérer les situations d'urgence futures, nous devons améliorer notre capacité de stocker, de gérer et d'utiliser les données pour éclairer la prise de décisions. Nous créerons ainsi une demande accrue de données dans l'avenir, ce qui favorisera une prise de décisions encore plus éclairée. **L'objectif doit être de collecter, de gérer, d'analyser et de diffuser des données et des informations pour étayer la prise de décisions.** Il est capital de mieux collecter les données sur les personnes à risque, notamment leur situation, la dynamique du pouvoir au niveau local, et les facteurs socio-comportementaux qui façonnent leurs perceptions et leurs attitudes. Nous devons améliorer la boucle de rétroaction avec les communautés afin que celles-ci exercent un contrôle accru sur les données qu'elles communiquent et les décisions qui en résultent. Parallèlement, nous devons apprendre à mieux utiliser les données en combinant et triangulant des ensembles de données disparates et en les reliant à des actes.

5.1 CE QUE NOUS AVONS VU

NOUS DISPOSONS D'IMMENSES VOLUMES DE DONNÉES SUR LE COVID-19, MAIS CES DONNÉES N'ONT PAS TOUJOURS ÉTÉ MISES À PROFIT

La riposte de l'humanité à la pandémie de Covid-19 a été façonnée par les données. D'immenses volumes de données ont été rapidement collectés et échangés, ce qui a favorisé une prise de décisions accélérée dans tous les domaines, des mesures initiales de santé publique et de caractère social à la mise au point et à l'adoption des vaccins. Toutefois, certains types de données n'ont pas été collectés en quantité suffisante, de manière complète et détaillée. Parfois, les données disponibles n'ont pas été utilisées pour orienter les décisions. De nombreuses leçons peuvent être tirées ici, tant des succès que des échecs, pour les urgences de santé publique futures et la gestion des catastrophes futures.

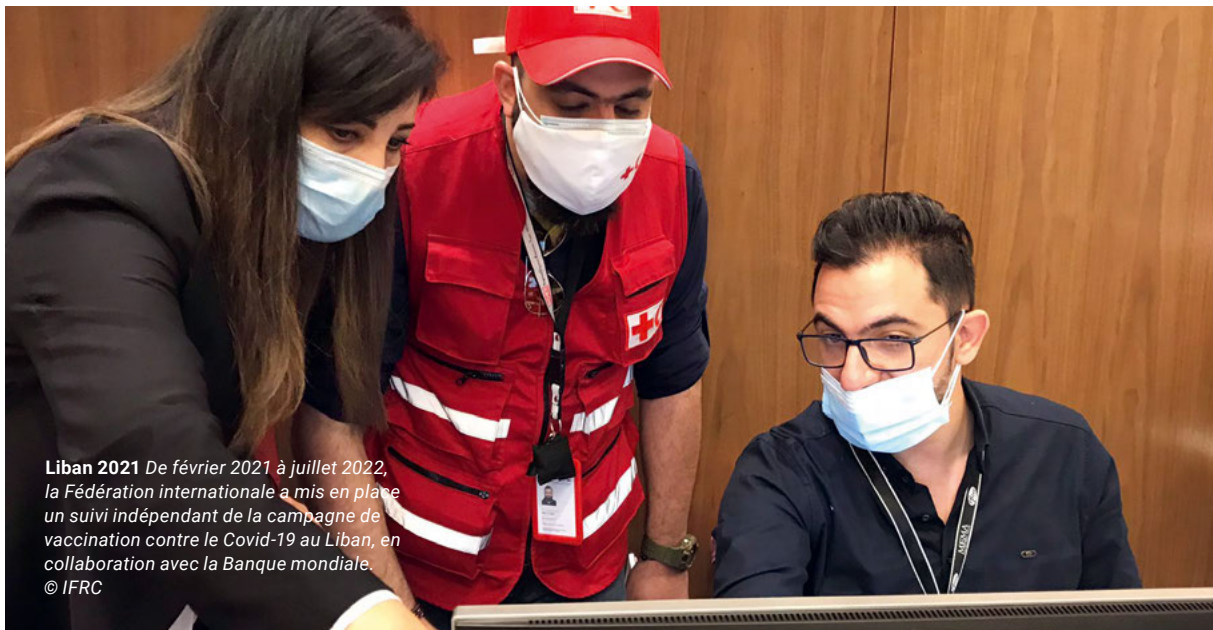
5.1.1 Les données recueillies durant la pandémie de Covid-19

À première vue, la pandémie de Covid-19 a été un triomphe pour le partage et la collecte de données opportunes. On dispose dans le monde de davantage de données sur le Covid-19 que sur beaucoup de flambées de maladies ou d'urgences de santé publique, ou même d'autres catastrophes. Par exemple, les nouveaux variants du SARS-CoV-2, comme alpha et omicron, ont été séquencés et rendus publics rapidement par comparaison avec les flambées précédentes de maladies ([Nextstrain, non daté](#)). Cette abondance de données s'étend au-delà de la virologie et l'épidémiologie. Nombre de pays ont établi des estimations fiables de la surmortalité, des incidences économiques, des effets sur l'éducation, et bien davantage. Des données ont été recueillies également sur les connaissances, les perceptions et les attitudes des individus, y compris des métadonnées en ligne, les données socio-comportementales collectées via les médias sociaux et les données de retour d'information des communautés. Voilà qui est bien mieux que les données généralement disponibles dans les situations d'urgence.

Néanmoins, nos données sur le Covid-19 présentent de graves problèmes. En particulier, on observe de vastes disparités dans le monde concernant la disponibilité des données. Les pays qui avaient des données de meilleure qualité ont eu la possibilité de concevoir des ripostes plus efficaces et plus équitables. Cependant, beaucoup de pays disposaient de données limitées sur lesquelles s'appuyer. La sous-déclaration a aussi été répandue.

Les disparités dans les tests diagnostiques en sont un exemple. Les pays qui ont le mieux réussi à maîtriser la pandémie en 2020, avant que des vaccins efficaces soient mis au point, étaient généralement dotés de systèmes très efficaces de dépistage et de traçage, en partie en raison de leur expérience récente de la lutte contre des agents pathogènes respiratoires hautement transmissibles, en particulier le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) en 2003. Au 25 octobre 2022, la République de Corée ne comptait que 28 952 décès confirmés dus au Covid-19 ([WHO, non daté](#)), un accomplissement remarquable pour un pays densément peuplé de plus de 51 millions d'habitants. Dès le début, elle a mis l'accent sur le dépistage et le traçage, et a rapidement élaboré des kits de dépistage pour déterminer qui était porteur du virus. En même temps, les personnes infectées ont été priées de s'isoler. Elles y ont été aidées, et c'est crucial, en veillant à ce qu'elles ne perdent pas leurs moyens de subsistance du fait de l'auto-isollement, ce qui les a incitées à respecter les règles ([Cohen and Kupferschmidt, 2020](#)). L'auto-isollement obligatoire sans soutien de l'État est la cause de dommages financiers disproportionnés pour les personnes pauvres et vulnérables ; l'approche de la République de Corée a atténué cet effet et ainsi favorisé l'**équité**. De même, la disposition des personnes à communiquer des données a largement contribué au succès de la stratégie et témoigne de la **confiance** dans les autorités et les systèmes de santé du pays. Cette approche axée sur les données a permis à la République de Corée de maîtriser la première vague du virus. Surtout, le pays l'a fait sans recourir à des confinements stricts ; des restrictions ont été imposées, mais la collecte rapide de données fiables a rendu inutile la mise en place de tactiques maximales ([Kang et al, 2020](#)). Le pays a ensuite connu des vagues de Covid-19 plus importantes, mais seulement après que de vastes campagnes de vaccination ont créé une immunité importante ([IFRC GO, non daté b](#)).

Malheureusement, dans bien des pays et des régions, les tests diagnostiques n'étaient pas disponibles, ou des problèmes concrets et logistiques ont fait que de nombreuses personnes n'avaient pas accès au dépistage dans la pratique. Selon FIND, l'alliance mondiale pour le diagnostic, à peine 21,3 % des tests administrés à ce jour ont été utilisés dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure,



*Liban 2021 De février 2021 à juillet 2022, la Fédération internationale a mis en place un suivi indépendant de la campagne de vaccination contre le Covid-19 au Liban, en collaboration avec la Banque mondiale.
© IFRC*

qui pourtant hébergent 50,8 % de la population mondiale (FIND, non daté). Les taux de dépistage varient fortement. Aux États-Unis, 27 tests pour 1 000 habitants ont été réalisés en moyenne quotidiennement – mais en Malaisie la proportion n'est que de 2 pour 1 000 (FIND, non daté). Certains pays à revenu plus élevé ont connu des difficultés en matière de dépistage. Début 2020, au Royaume-Uni, le gouvernement a lancé un programme limité de dépistage et de recherche des cas contacts, qu'il a abandonné en mars de la même année. Il a fallu plusieurs mois pour que le système de dépistage et traçage fonctionne à nouveau. En absence de dépistage et de traçage, le gouvernement du Royaume-Uni a fait face à des flambées des cas et a choisi de mettre en place des confinements répétés et prolongés (Majeed et al, 2020). À l'inverse, là où ils étaient intégrés dans l'action du gouvernement (voir Chapitre 2), les acteurs locaux ont pu contribuer aux efforts de dépistage (voir Encadré 5.1, ÉTUDE DE CAS : La Croix-Rouge philippine réalise des tests de dépistage du Covid-19). De son côté, Djibouti a rapidement renforcé ses capacités de dépistage et effectué 17 000 tests entre mars et mai 2020 (Elhakim et al, 2020).

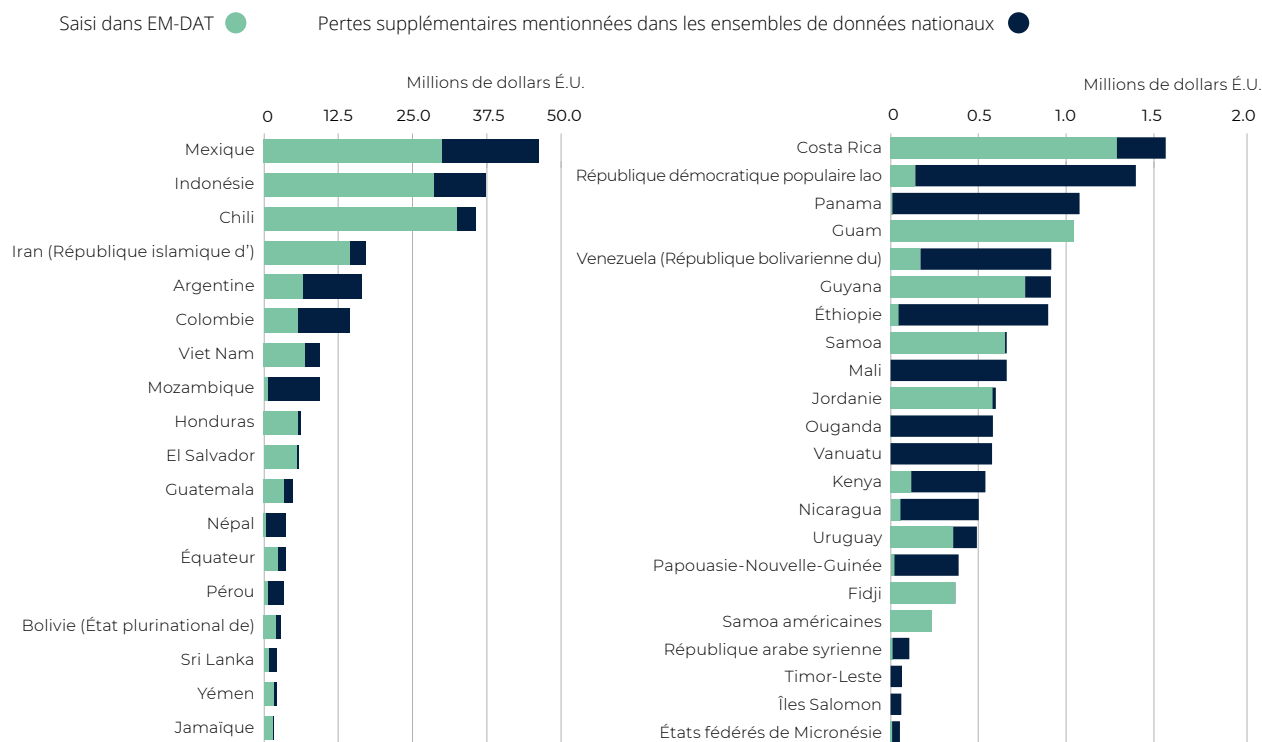
5.1.2 Nos données sur d'autres types de catastrophes sont incomplètes elles aussi

La pandémie de Covid-19 a été l'une des crises les plus graves que le monde ait connues depuis des années et a généré davantage de données que la plupart des catastrophes. Quand nous élargissons la portée de notre vision/analyse, nous constatons que « l'architecture des données » est lacunaire, voire pire, dans le cas d'autres catastrophes.

Côté positif, la conservation des données a été considérablement améliorée ces dernières décennies et le suivi des catastrophes est nettement mieux assuré qu'il ne l'était il y a même 20 ans (UNDRR, 2022). Par exemple, le suivi des aléas hydrométéorologiques est aujourd'hui réalisé par des satellites et un vaste réseau de stations météorologiques – bien que d'importantes lacunes persistent (World Bank, 2021). De même, les services mondiaux de télécommunications et les systèmes d'alerte précoce renforcés préviennent de l'arrivée de tsunamis et indiquent aux organismes de gestion des catastrophes où des tremblements de terre se sont produits afin qu'ils puissent intervenir plus rapidement. Néanmoins, les lacunes dans l'ensemble de données mondial sur les catastrophes, de même que les ruptures dans la chaîne des canaux de communication, continuent de nuire à l'efficacité des alertes et des actions (Wallemacq and House, 2018).

Si les répercussions des catastrophes de grande ampleur sont généralement consignées et disponibles via des bases de données comme EM-DAT (EM-DAT, non daté a), celles des événements de petite ou de moyenne ampleur le sont moins. Les catastrophes de petite ampleur, souvent négligées, sont si nombreuses que leurs conséquences néfastes cumulées sont immenses (voir Figure 5.1). Les registres de données mondiaux sont en outre fortement biaisés dans le sens des événements qui se produisent dans les pays à revenu élevé, où l'information est très complète, et de ceux qui font de nombreuses victimes (UNDRR, 2015). Tel est le cas en particulier des incidences économiques (UNDRR, 2020). C'est dans les pays à revenu élevé que les pertes financières signalées sont souvent les plus importantes, mais cette constatation est en grande partie fondée sur les données fournies par les assureurs et traduit des facteurs de confusion comme la valeur plus élevée des biens dans ces pays (IFRC, 2020b). Il est fréquent que les pays ne conservent pas leurs données relatives aux pertes économiques dans une base de données centralisée, et nombre de bases de données portent sur des aléas spécifiques et ne sont pas multi-aléas (OECD, 2016).

Figure 5.1 : Les ensembles de données mondiaux sur les catastrophes sont souvent incomplets. Nombre des catastrophes mentionnées dans les ensembles de données nationaux ne figurent pas dans la base de données internationale EM-DAT.



Source : [UNDRR, 2015](#)

L'absence de standardisation des types de catastrophes et des régions touchées est un problème majeur. Visiblement, les flambées de maladies comme la pandémie de Covid-19 sont le plus souvent traitées séparément des autres formes de catastrophes. En ce qui concerne EM-DAT, la base de données internationale sur les catastrophes, par exemple, deux des critères à remplir pour déclarer qu'un événement est une catastrophe sont que 10 personnes ou plus ont été tuées et que 100 personnes ou plus ont été touchées ([EM-DAT, non daté b](#)). Les flambées de maladies ne sont pas définies de la même manière. Un seul cas d'une maladie peut constituer une flambée s'il se produit dans une région où cette maladie n'est pas endémique. À ce titre, le premier cas de Covid-19 a clairement constitué une flambée. Toutefois, un seul cas supplémentaire de choléra dans une région où la maladie est endémique n'est pas considéré comme une flambée. La situation est rendue plus complexe encore par les intérêts politiques, qui déterminent si une flambée de maladie ou une épidémie est déclarée. Il est donc difficile d'analyser les flambées de maladies parallèlement à d'autres aléas comme les tremblements de terre. C'est en partie pour cette raison que des ensembles de données mondiaux comme EM-DAT ne tiennent guère compte des maladies. D'ailleurs, EM-DAT n'a pas de rubrique consacrée au Covid-19.

ENCADRÉ 5.1 / ÉTUDE DE CAS

LA CROIX-ROUGE PHILIPPINE RÉALISE DES TESTS DE DÉPISTAGE DU COVID-19

La Croix-Rouge philippine a joué un rôle de pionnier en fournissant, dès le début de l'année 2020 (IFRC, 2020a), des services de dépistage du Covid-19 pour compléter les services mis en place par les autorités gouvernementales. En septembre 2021, elle avait administré quatre millions de tests (Philippine Red Cross, 2021). La Croix-Rouge philippine propose aussi des tests de dépistage salivaire, qui sont moins coûteux et moins invasifs (Philippine Red Cross, 2022).



Philippines 2021 La Croix-Rouge philippine a commencé à utiliser des tests RT-PCR salivaires. Ces tests sont plus rapides, moins chers et moins invasifs tout en offrant un moyen fiable de détecter la présence du Covid-19. © Croix-Rouge philippine/IFRC

5.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS NOUS N'AVONS PAS COLLECTÉ ET UTILISÉ SUFFISAMMENT DE TYPES DE DONNÉES PERTINENTS

D'énormes volumes de données ont été recueillis pendant la pandémie de Covid-19. Toutefois, bien des types de données essentiels ont été sous-collectés. Cela doit changer si nous voulons réduire les risques de futures flambées de maladies et leurs répercussions. Pour le comprendre, il faut prendre en considération tout l'éventail des types de données qui, dans l'idéal, seraient disponibles lors de crises futures. Ces types de données peuvent, grosso modo, être répartis en trois catégories de questions :

- 1. À quels aléas potentiels les communautés sont-elles exposées ?** Toutes les communautés font face à un large éventail d'aléas. Figurent parmi eux différents types de maladies, provoquées par des virus à transmission aérienne comme le SARS-CoV-2 ou par des parasites, comme celui du paludisme qui est transmis par des moustiques. Ces agents pathogènes côtoient d'autres types d'aléas tels que les tempêtes et les conflits. Des aléas peuvent se chevaucher et se renforcer mutuellement (voir Chapitre 1).
- 2. Qui est à risque ? En particulier, qui est particulièrement vulnérable et pourquoi ?** Pour aider une population à surmonter un aléa comme une flambée de maladie ou un ouragan, les intervenants doivent savoir quelles sont ses vulnérabilités et les formes d'aide dont elle a le plus besoin. Par exemple, des personnes qui vivent dans des conditions de promiscuité ne pourront pas s'isoler pour limiter la propagation d'une maladie. Dans ce cas, les équipements de protection individuels comme les masques chirurgicaux seront plus efficaces que des conseils sur la distanciation sociale ([RCCE Collective Service, non daté b](#)).
- 3. Quels sont les attitudes, les croyances et les besoins de ces personnes ?** Autrement dit, quels sont les facteurs comportementaux et sociaux qui influent sur leur disposition à prendre des mesures particulières ([WHO, 2022](#)) ? Ainsi, l'un des enjeux majeurs de la pandémie de Covid-19 et d'autres flambées de maladies a été d'encourager les hésitants à se faire administrer un vaccin salvateur. L'acceptation des vaccins ne peut être assurée que si nous comprenons d'abord la réticence à la vaccination, c'est-à-dire comprenons les idées, les croyances et les attitudes des communautés – et adaptons la riposte en conséquence.

Chacune de ces questions est examinée séparément dans les trois sections ci-après. Toutefois, s'il est nécessaire de disposer de toutes ces données, cela ne suffit pas. Il est essentiel aussi d'exploiter les données : de les utiliser pour guider les actions. La section finale présente les moyens de le faire.





Arabie saoudite 2022 L'Arabie saoudite et d'autres pays du Moyen-Orient et d'Afrique du Nord se sont employés, durant le mois sacré du Ramadan, à distribuer des repas d'Iftar aux travailleurs, aux communautés éloignées et aux familles les plus vulnérables, à rappeler aux populations les moyens de se protéger du Covid-19 et à fournir des services médicaux d'urgence. Le Croissant-Rouge de l'Arabie saoudite a fourni des services médicaux d'urgence à des milliers de personnes afin qu'elles puissent profiter de ce mois sacré en toute sécurité. © Croissant-Rouge de l'Arabie saoudite

5.2.1 Identifier les aléas au moyen des données

La première étape consiste à identifier les aléas auxquels font face les communautés. La détermination des maladies qui constituent un aléa, qu'elles soient endémiques depuis des décennies ou émergentes comme le Covid-19, est un enjeu majeur. La surveillance des maladies est ici indispensable.

Au début de la flambée de Covid-19, des méthodes de surveillance communautaire et participative plus robustes, notamment de surveillance à base communautaire, auraient été utiles aux systèmes de santé ([IFRC Health & Care, 2020](#)) (l'intérêt de la surveillance à base communautaire diminue une fois qu'une maladie s'est largement propagée). Les signes et les symptômes d'une maladie et/ou d'autres aléas sont généralement mis en évidence d'abord par les acteurs locaux qui ont des liens solides avec les communautés dans lesquelles ils vivent. Ces acteurs locaux peuvent aussi assurer le début de l'échange de données et d'informations au sein du système de surveillance de la santé publique ou de la santé animale (voir Chapitre 2). En tirer parti permet de détecter rapidement les flambées de maladies, qui peuvent se propager plus largement si elles ne sont pas maîtrisées rapidement. Si une personne présente des signes et des symptômes d'une maladie, les premiers à le savoir sont les membres de sa famille, ses amis et ses voisins. Les systèmes les plus efficaces de surveillance des maladies mettent à profit ces réseaux sociaux. La surveillance à base communautaire est particulièrement efficace quand elle est intégrée dans les systèmes de surveillance sanitaire, qui peuvent alors réagir aux alertes lancées par les acteurs locaux. L'utilisation active et réactive des données contribue à instaurer et à maintenir la **confiance** entre les gouvernements, les humanitaires et les communautés, favorisant ainsi des ripostes plus efficaces quand des menaces surgissent ([McGowan et al, 2020](#)).

La surveillance à base communautaire a fait une fois de plus la preuve de son utilité pendant la pandémie de Covid-19. Ainsi, au Niger, un réseau existant de surveillance à base communautaire de l'incidence de la poliomyélite a été adapté à la surveillance du Covid-19 ([Maazou et al, 2021](#)). Entre avril et novembre 2020, 150 agents de santé communautaires ont été formés à la détection et à la gestion du Covid-19. Ces agents ont fait 143 signalements justifiés, dont deux cas confirmés de Covid-19, et contribué à la recherche des contacts de 37 personnes. Parallèlement, ils ont sensibilisé plus de 2 millions de personnes aux stratégies de prévention du Covid-19. De la même manière, la Fédération internationale a apporté un soutien aux capacités de surveillance à base communautaire de nombreux pays, notamment au moyen de son programme continu de préparation communautaire aux épidémies et aux pandémies ([IFRC, non daté a](#)). Par exemple, des volontaires de la Croix-Rouge indonésienne ont assuré une surveillance à base communautaire du Covid-19 dans une station de surveillance du village de Karangmojo, où ils ont également diffusé des informations sur la prévention du Covid-19. Néanmoins, comme nous l'avons vu au Chapitre 2, de nombreux systèmes de santé n'intègrent toujours pas de manière effective les acteurs locaux comme les agents de santé communautaires.

Pour aller plus loin, les professionnels de la santé doivent développer la surveillance intégrée des maladies qui recherche les agents pathogènes chez l'homme et chez l'animal. Cette surveillance est essentielle parce que de nombreuses flambées de maladies sont des zoonoses, c'est-à-dire des maladies qui passent de l'animal à l'homme (et beaucoup peuvent, à leur tour, passer de l'homme à l'animal). Le Covid-19 est un exemple notable de zoonose ; les plus proches parents connus du SARS-CoV-2 ont pour hôtes des chauves-souris d'Asie ([Morens et al, 2020](#)). Surtout, nous ne savons pas vraiment ce qui s'est passé, en partie parce

que nous disposons d'informations limitées sur les virus dont les chauves-souris sont porteuses et sur les voies de transmission entre les chauves-souris, d'autres animaux et l'homme ([Worobey et al, 2022](#)). Il y a de nombreux autres exemples de zoonoses ; par exemple, ce sont les chiens qui le plus souvent sont responsables de la transmission de la rage à l'homme. Par conséquent, le meilleur moyen de maîtriser une flambée de maladie à la source (voir Chapitre 1) est de surveiller en même temps la santé des hommes et la santé des animaux concernés, ainsi que leurs environnements communs. La médecine humaine et la médecine vétérinaire ont toujours été cloisonnées, avec peu de coopération ou d'interaction entre les deux. Il est urgent que cela change.

La surveillance intégrée de la santé animale et humaine est une composante essentielle des démarches connexes que sont « Une seule santé » et la « Santé de la planète ». Dans « Une seule santé », la santé humaine est comprise non comme un problème particulier, mais comme un élément d'un système socio-écologique ([Mremi, 2021](#)). De même, la Santé de la planète appelle l'attention sur les nombreuses manières dont l'humanité a bouleversé les systèmes naturels de la Terre ([The Lancet, 2015](#)), avec des répercussions sur toute forme de vie, y compris sur nous ([Planetary Health Alliance, non daté](#)).

Des leçons similaires s'appliquent aux aléas qui ne sont pas des maladies. En particulier, la surveillance au niveau local présente, ici encore, des avantages. Elle est plus apte à mettre en évidence les risques de catastrophe mineurs mais récurrents, ou « risques extensifs ». Ces risques sont souvent négligés par les bases de données mondiales comme EM-DAT et sont gérés uniquement par les intervenants locaux. Ils sont toutefois très importants à l'échelle mondiale. La mortalité et les pertes économiques liées aux risques extensifs ont augmenté au cours des dernières décennies ([UNDRR, 2015](#)).

Enfin, il est capital de surveiller simultanément de nombreuses classes d'aléas – des maladies aux inondations et aux marées d'algues à toxines. Une raison en est que toutes les communautés font face à une multitude d'aléas potentiels (voir Chapitre 1), et sursurveiller une classe d'aléas au détriment des autres est donc une erreur. Il est naturel, dans le sillage du Covid-19, que les flambées de maladies fassent l'objet d'une surveillance accrue, et c'est une bonne chose. Toutefois, cette surveillance ne devrait pas se faire au préjudice de celle des sismomètres, utilisés pour suivre les risques de tremblements de terre et d'autres classes d'aléas. Il convient de rappeler que les aléas interagissent, de sorte que la présence d'un aléa accroît le risque d'un autre. Par exemple, les inondations perturbent l'approvisionnement en eau potable, ce qui crée des risques accrus de maladies d'origine hydrique : la cartographie des risques et la prévision des inondations sont donc des mécanismes vitaux pour alerter précocement de la survenue de flambées de maladies.

5.2.2 Utiliser les données pour identifier les personnes particulièrement à risque

Pour réagir efficacement face à des aléas tels que les maladies et les ouragans, nous devons disposer de meilleures informations sur qui est particulièrement à risque. Le risque est généralement défini par l'exposition à un aléa (voir section 5.2.1) conjuguée à un facteur de vulnérabilité. Par exemple, deux personnes peuvent être exposées pareillement au SARS-CoV-2, mais si l'une est vaccinée, elle sera moins susceptible de développer une forme grave de la maladie et de décéder. Une étude réalisée aux États-Unis début 2022 indique que les personnes qui avaient reçu une dose de rappel du vaccin contre le

Covid-19 risquaient moins d'être hospitalisées pour cause de Covid-19. Les personnes qui n'avaient pas reçu de dose de rappel étaient 2,5 fois plus susceptibles d'être hospitalisées, tandis que les personnes non vaccinées étaient 10,5 fois plus souvent hospitalisées ([Havers et al, 2022](#)). Il n'est donc pas suffisant de savoir qui est exposé au SARS-CoV-2 ; les professionnels doivent aussi avoir des informations sur qui est vacciné, les infections précédentes et bien davantage.

Divers outils sont disponibles pour évaluer les risques. Beaucoup sont spécifiques à un aléa. Par exemple, la Zurich Flood Resilience Alliance a élaboré le Dispositif de mesure de la résilience aux inondations des communautés ([Flood Resilience Portal, non daté](#)). De même, l'Agence de protection de l'environnement des États-Unis a mis au point le Community Health Vulnerability Index, qu'elle utilise pour identifier les communautés que la fumée des feux de forêt expose à des risques pour la santé importants et définir les priorités des stratégies de santé publique ([US EPA, non daté](#)). Ces indices sont utiles mais ne donnent pas en eux-mêmes une bonne représentation de tout l'éventail des aléas auxquels une communauté fait face. De son côté, la Fédération internationale utilise l'évaluation renforcée de la vulnérabilité et des capacités (EVCA) pour aider les communautés à évaluer tous les types d'aléas qu'elles peuvent déceler et les moyens dont elles disposent pour gérer les risques associés ([IFRC VCA, non daté](#)). L'EVCA met en évidence les aléas auxquels une communauté est exposée et qui est particulièrement à risque, puis est utilisée pour définir les parades potentielles. Les communautés réalisent elles-mêmes les évaluations, avec les orientations de la Fédération internationale (voir Chapitre 2). Dans un monde multi-aléas, ces évaluations exhaustives de la vulnérabilité sont indispensables.

Malheureusement, la pandémie de Covid-19 a mis en lumière les limites des informations dont nous disposons sur les personnes particulièrement à risque. Ce problème ne devrait pas être surestimé, car une masse considérable d'informations était et est disponible. Par exemple, même au début de la pandémie, il était possible de faire des prévisions sur les effets probables du Covid-19 dans différentes populations, en fonction de leur âge et de la structure des maladies chroniques. Des données pertinentes indiquent quels sont les pays particulièrement à risque ; par exemple, l'Indice des risques épidémiques INFORM comprend un large éventail de données permettant d'estimer les risques d'épidémie dans les pays ([EC DRMKC, non daté](#)), et l'Indice de sécurité sanitaire mondiale réalise une analyse similaire ([Global Health Security Index, 2021](#)). Néanmoins, les données relatives à la vulnérabilité au niveau des communautés ne sont pas toujours accessibles à grande échelle. De même, il n'y a pas de moyen aisé de superposer d'autres formes d'information sur les risques. Il s'ensuit qu'il reste très difficile d'actualiser en continu les indices des risques qui évaluent des aléas multiples et croisés – en réalité, ce à quoi les communautés font face permanence (voir Chapitre 1).

Des efforts sont faits actuellement pour cataloguer les données de type EVCA sur une échelle mondiale. La Fédération internationale a commencé à « marquer » les informations qu'elle possède afin de les rendre accessibles sur son site web consacré à l'évaluation de la vulnérabilité et des capacités ([IFRC, non daté c](#)).

Pour aider les communautés à se préparer aux aléas futurs, les évaluations des risques de catastrophe doivent être élargies et réalisées plus régulièrement. Les évaluations comme l'EVCA devraient être plus normalisées, comprendre davantage de données d'observation, et être déployées dans les communautés exposées partout dans le monde. Elles devraient être validées par davantage de données d'observation et renouvelées régulièrement, de façon que l'information reste à jour. Cette montée en puissance passe par un net renforcement des capacités institutionnelles en matière de gestion des risques de catastrophe.

Elle est donc tributaire d'un financement à long terme. Les équipes chargées de la santé et de la gestion des risques de catastrophe doivent avoir accès à un financement durable au lieu de recevoir, comme c'est le cas de longue date, de grosses quantités d'argent uniquement quand une catastrophe frappe. L'un des moyens d'y parvenir est d'intégrer cette action dans les programmes de préparation à long terme. Là encore, il est financièrement plus rationnel de se préparer aux aléas à l'avance – notamment en collectant des données sur qui est à risque.

5.2.3 Déterminer ce dont les personnes ont besoin et ce qu'elles croient

Pour aider efficacement les populations, les agents de santé et les humanitaires doivent comprendre qui elles sont. Ils doivent recueillir des données sur leurs besoins, leur environnement, leurs préoccupations, leurs connaissances, leurs pratiques et leurs comportements (Baggio, 2021). Ce n'est que s'ils disposent de ces informations que les professionnels peuvent déterminer si les solutions proposées sont les plus appropriées. Autrement dit, pour se préparer aux flambées de maladies et autres aléas, il est nécessaire de placer la mobilisation des communautés et la redevabilité à leur égard au cœur du processus de planification. Les agents de santé et les humanitaires doivent considérer les membres des communautés comme des partenaires égaux. La situation, les priorités, les préférences et les besoins divers des communautés devraient guider tous les choix de politiques.

Les besoins des personnes ne correspondent pas toujours aux idées préconçues des tiers. Par exemple, il est naturel depuis 2020 de supposer que le Covid-19 est la plus grande source d'inquiétude de tout un chacun en matière de santé, mais tel n'est pas nécessairement le cas (voir Encadré 5.2, ÉTUDE DE CAS : le Covid-19 n'était pas toujours la plus grande source d'inquiétude). D'autres maladies ou d'autres aléas sont une menace plus importante encore dans certaines communautés. Ce sont notamment les maladies non transmissibles nécessitant des soins continus, le choléra, les ouragans et les situations humanitaires complexes comme celle qui est observée au Sahel. De même, il est tentant d'envoyer des colis alimentaires aux personnes qui vivent une pénurie de nourriture, mais suivant leur situation, ces personnes ont peut-être plutôt besoin d'argent liquide. L'environnement dans lequel vit une population façonne toujours les vulnérabilités d'une population et les formes d'assistance dont elle a besoin. Les facteurs de ce genre modèlent les types d'assistance que les personnes jugent pertinents et qu'elles sont disposées à accepter, ainsi que les mesures qu'elles prendront pour orienter les changements dans leur propre vie et leurs communautés.

Parallèlement, il est vital de connaître les croyances, les préoccupations et les perceptions d'une population, car elles sont au cœur de la confiance à l'égard des vaccins et de l'acceptation de la vaccination. La méfiance et les réticences vis-à-vis de certaines interventions comme la vaccination et le port du masque ont constitué des pierres d'achoppement tout au long de la pandémie. Pourtant, les facteurs sociaux et économiques favorisant ces comportements ont généralement été négligés, y compris dans de nombreux aspects de la riposte au Covid-19. Pour y remédier, les plans de lutte contre les flambées de maladies doivent mettre l'accent sur les données sociales et les retours d'information des communautés (voir Encadré 5.3, ÉTUDE DE CAS : Pour maîtriser les flambées de maladies, il faut s'appropriier les données de retour d'information des communautés). Une approche axée sur la communauté contraint à définir des plans et des mesures qui soient adaptés au contexte, souples et ouverts au changement (voir Chapitre 2).

Ne pas tirer les leçons de la mobilisation des communautés peut avoir un effet boomerang. La flambée de maladie à virus Ebola de 2018-2020 en République démocratique du Congo a été marquée par une violence sans précédent à l'égard de tous les intervenants. Une étude publiée en 2022 met en relief des problèmes dans la manière dont les décideurs ont utilisé les données de retour d'information des communautés, laquelle a entraîné une rupture de la confiance. L'étude relève que ces décideurs étaient souvent des membres du personnel médical et des épidémiologistes, qui ont considéré que les informations émanant des communautés manquaient de rigueur : elles étaient qualitatives et ils préféraient les données quantitatives. De ce fait, ces informations ont souvent été négligées. De plus, « l'inertie quant aux preuves » a été une caractéristique de la riposte, ce qui signifie que même quand la nécessité de changer de pratique était avérée, la taille et l'ampleur de la riposte faisaient qu'il était difficile de changer de cap dans des délais raisonnables.

Il en a souvent résulté des frustrations croissantes dans les communautés qui étaient consultées. Les volontaires qui recevaient et analysaient les informations reçues en retour ont constaté que des menaces de plus en plus fréquentes étaient émises, celles-ci dégénérant rapidement en des attaques contre les établissements et le personnel de santé. Si les retours d'information avaient été pris plus au sérieux, cette violence aurait peut-être en partie été évitée. Les chercheurs recommandent que des systèmes d'information en retour des communautés soient déployés automatiquement dans les situations de flambées de maladies, et que la norme soit de donner suite aux informations reçues en retour ([McKay et al, 2022](#)).

Dans le cadre du Service collectif, en revanche, les agents de santé s'approprient les données fournies par les communautés. Fondé en 2020, sous la forme d'un partenariat entre la Fédération internationale, l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le Service collectif cherche à favoriser une approche coordonnée, pilotée par les communautés et fondées sur les données pour renforcer la préparation aux futures flambées de maladies. Le Service collectif a élaboré et mis en place un tableau de bord de données socio-comportementales, qui compile, structure et mesure des données et informations socio-comportementales de près de 250 sources de données du monde entier. Ces informations établissent des liens entre les besoins des personnes et les intervenants, ce qui permet de centrer les ressources et l'attention sur les besoins les plus pressants des personnes les plus vulnérables ([RCCE Collective Service, no date a](#)).

La **confiance** est au cœur de la collecte de données. Il est essentiel que les communautés aient un degré élevé de confiance dans les intervenants. Par exemple, les informations qui sont recueillies lors de l'évaluation des risques sont souvent d'ordre privé, comme le fait qu'une personne soit ou non vaccinée contre le Covid-19 ou que son partenaire soit violent. Les communautés ne communiquent ce type d'information qu'aux personnes et aux organisations en qui elles ont confiance. Par conséquent, il est essentiel que ces données soient conservées dans des conditions de sécurité et utilisées de manière responsable. Il est essentiel également que les communautés aient accès aux données qu'elles ont communiquées, et il est donc nécessaire de leur assurer un accès numérique. Tout cela signifie qu'il faut nouer un dialogue étroit avec les principales parties prenantes d'une communauté, des responsables religieux, aux enseignants et aux guérisseurs traditionnels ([Community Engagement Hub, non daté](#)).

ENCADRÉ 5.2 / ÉTUDE DE CAS

LE COVID-19 N'ÉTAIT PAS TOUJOURS LA PLUS GRANDE SOURCE D'INQUIÉTUDE

Les acteurs locaux sont bien placés pour être à l'écoute de la communauté et découvrir ce que les gens craignent le plus. « Vous considérez qu'il est de votre devoir de prêter attention à ce que vivent les patients », explique Suzanna, chef d'équipe volontaire de la Croix-Rouge libanaise à Aley.

Le Liban connaît une grave crise économique, qui inquiète profondément beaucoup de personnes. « Je me souviens d'une patiente dans ma ville natale, une femme âgée », dit Suzanna. « Ce qui la préoccupait, c'était moins le Covid-19 que de savoir comment subvenir aux besoins de ses petits-enfants » (IFRC, non daté d).



Liban 2021 Depuis fin 2019, le Liban est en proie à une crise humanitaire aggravée. Suite aux explosions dévastatrices dans le port de Beyrouth en août 2020, la Croix-Rouge libanaise a fourni une aide en espèces sans conditions à plus de 11 000 familles touchées, ainsi qu'une aide en espèces aux petites entreprises, une aide à la réparation des habitations, des articles de secours et des services médicaux essentiels.
© Croix-Rouge libanaise

ENCADRÉ 5.3 / ÉTUDE DE CAS

POUR MAÎTRISER LES FLAMBÉES DE MALADIES, IL FAUT S'APPROPRIER LES DONNÉES DE RETOUR D'INFORMATION DES COMMUNAUTÉS

De 2018 à 2020, la République démocratique du Congo a connu une flambée de maladie à virus Ebola, la dixième enregistrée dans le pays. Au début de l'intervention, la Croix-Rouge de la République démocratique du Congo et la Fédération internationale ont mis en place un système de retours d'information, pour connaître les points de vue des communautés sur la flambée d'Ebola et la riposte ([Earle-Richardson et al., 2021](#)). Les données de retour d'information ont été analysées et utilisées pour éclairer les stratégies et les programmes collectivement à tous les niveaux, à la fois en vue d'améliorer la riposte et d'associer les communautés à la lutte contre le virus.

Une étude publiée en février 2022 fait la preuve de l'utilité de cette approche. Durant la flambée d'Ebola, de nombreuses communautés voulaient continuer d'honorer leurs morts. Des tensions ont surgi parce que, conformément aux procédures d'inhumation sans risque et dans la dignité, les dépouilles étaient enterrées dans des sacs mortuaires scellés pour réduire les risques de propagation de la maladie. Un compromis a toutefois été trouvé. Dans la région du Nord-Kivu, il était important que les familles voient les visages de leurs morts : des fenêtres transparentes ont donc été ajoutées aux sacs mortuaires. Les rites funéraires ont ainsi été respectés tout en maintenant la sécurité sanitaire, et la confiance a été renforcée ([McKay et al., 2022](#)).



République démocratique du Congo 2019 Depuis le début de l'épidémie, des équipes bien formées et protégées s'emploient à assurer des inhumations sans risque et dans la dignité, en conduisant chaque inhumation comme si la personne était infectée. Cela leur permet non seulement de se protéger, mais aussi de protéger les communautés. En faisant participer ces dernières à la lutte contre Ebola, les équipes ont pu mieux comprendre leurs inquiétudes.
© Corrie Butler/IFRC

5.3 CE QU'IL FAUT FAIRE

CRÉER ET UTILISER UN ÉCOSYSTÈME DE DONNÉES SUR LA SANTÉ ET LES ALÉAS

À quoi ressemble une meilleure collecte de données sur la santé et les aléas ? Les données et les éléments de preuve doivent être aussi utiles que possible – tel devrait être le principe directeur. Ils doivent permettre de répondre aux questions essentielles et éclairer la prise de décisions.

5.3.1 Créer le nouvel écosystème de données sur les aléas

Il est capital d'intégrer autant que possible les sources de données disparates. Par exemple, les données provenant de la surveillance à base communautaire doivent être intégrées directement dans les systèmes locaux et nationaux de surveillance sanitaire, ce qui pose des problèmes techniques considérables. Toutefois, deux faits nouveaux positifs devraient contribuer à améliorer les ensembles de données mondiaux sur les catastrophes.

Premièrement, la Fédération internationale établit un groupe de partenaires clés pour élaborer une base de données améliorée sur les catastrophes : la Base de données mondiale sur les crises. Cette base de données assurera la conservation des informations émanant des 192 Sociétés nationales qui constituent le réseau mondial de la Fédération internationale, ainsi que d'autres sources, dont les Nations Unies et les gouvernements nationaux et locaux. Les Sociétés nationales sont une ressource sous-utilisée. Si certaines gèrent leurs propres bases de données ou contribuent à celles du gouvernement, beaucoup ne le font pas – pourtant, leur personnel et leurs volontaires ont accès à un volume considérable d'informations sur les aléas naturels, les personnes touchées par ces aléas et les actions engagées par les humanitaires et d'autres acteurs. La Base de données mondiale sur les crises fera la synthèse de ces trois types d'informations au moyen d'un système par lequel les Sociétés nationales pourront facilement exporter, dans un format universel et accessible, les informations dont elles disposent. L'ensemble des données sera accessible sur la plateforme IFRC GO (IFRC GO, non daté a) (voir Encadré 5.4, ÉTUDE DE CAS : Le rôle d'IFRC GO au cours de la pandémie de Covid-19). La phase initiale du projet est financée par l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) et mise en place en partenariat avec le Bureau des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe (UNDRR), le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (UN OCHA), l'Organisation météorologique mondiale, la Banque mondiale/Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement, des universités – dont l'équipe EM-DAT au Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes de l'Université catholique de Louvain – et d'autres. La Base de données mondiale sur les crises est en cours d'élaboration, le but étant de mettre en ligne une version initiale d'ici à 2025.

Deuxièmement, les Nations Unies apportent leur soutien aux données sur les catastrophes au moyen du nouveau Fonds pour l'analyse des risques complexes ([CRAF'd, non daté](#)). Lancé en octobre 2021, le Fonds fournira un financement aux initiatives axées sur les données relatives aux catastrophes, dans le but de « renforcer l'écosystème de données ». Les humanitaires et autres acteurs pourront ainsi mieux anticiper les catastrophes, les prévenir dans la mesure du possible et sinon y répondre efficacement. L'UNDRR met en œuvre des programmes de soutien aux dispositifs nationaux de comptabilisation des pertes dues aux catastrophes ([DesInventar, non daté](#)), tandis que la Banque mondiale a établi la Global Crisis Risk Platform ([World Bank, 2018](#)). Toutes ces plateformes servent de fondations à l'édifice des données.

La normalisation est l'un des grands défis posés à tous ces ensembles intégrés de données sur les aléas. Comme nous l'avons vu, des méthodes disparates d'enregistrement des données ont entravé les efforts d'intégration et d'analyse holistique. Si certaines des conséquences des catastrophes, comme les pertes économiques et les décès, ont été bien enregistrées, d'autres incidences telles que les déplacements de populations et les dommages aux bâtiments sont définies et enregistrées différemment dans le monde. Les effets secondaires, comme la perte de moyens de subsistance ou celle de l'accès aux services, ont été encore plus difficiles à enregistrer.

Une initiative, le Protocole d'alerte commun (PAC), montre la voie à suivre, avec des limites ([GDPC, non daté](#)). Il s'agit d'un message standard pour les alertes d'urgence, qui peut être utilisé sur de nombreux supports de communication. Le PAC permet de diffuser rapidement et systématiquement des données sur la santé et les aléas dans tout un pays, et ainsi d'inciter le public à prendre les mesures nécessaires pour se protéger. Il est la preuve qu'il est possible de créer un système normalisé pour transmettre des informations complexes et utilisables à des publics divers. La clé est d'adapter ces normes mondiales aux contextes locaux. À cette fin, la Fédération internationale a créé la plateforme Alert Hub en vue d'amplifier l'utilisation du PAC ([IFRC Alert Hub, non daté](#)). Grâce à ce service numérique, les Sociétés nationales peuvent travailler avec les autorités nationales à l'adaptation des messages aux langues, aux cultures et aux préférences locales ([IFRC, non daté b](#)). Il convient de souligner que l'adaptation de cette approche normalisée à tous les aléas sanitaires reste, à ce stade, un défi parce que les alertes et les messages clés doivent tous être axés sur des maladies particulières. Les discussions sur les moyens de surmonter ce défi sont en cours.

5.3.2 Convertir les données en apprentissage réel et, surtout, en actes

Les sociétés peuvent avoir la mémoire courte quand il s'agit d'événements traumatisants comme une pandémie. Il y a le désir, compréhensible, d'oublier, et bien d'autres problèmes à régler. Ainsi, la pandémie de grippe de 1918 n'a laissé qu'une légère empreinte culturelle. Quelque chose de similaire se produit en 2022, de nombreuses personnalités publiques déclarant que la pandémie de Covid-19 a pris fin alors même que les vagues de contamination se succèdent. Le risque existe que, malgré toutes les données et la documentation disponibles, les leçons de la pandémie soient oubliées.

Les gouvernements et les autres acteurs, dont les organisations humanitaires, doivent intégrer à long terme les enseignements qu'ils ont tirés de la pandémie en les traduisant en des changements institutionnels. Les États s'efforcent actuellement de le faire en modifiant les lois relatives à la santé et aux aléas et en en

élaborant de nouvelles (voir Chapitre 6). Trois moyens supplémentaires de veiller à ce que ce processus d'apprentissage et d'adaptation soit mené sont présentés ci-après.

Faire de l'apprentissage une pratique institutionnelle standard. De nombreuses organisations, des gouvernements aux organisations d'aide locales, fonctionnent de telle sorte que la priorité est donnée aux pratiques existantes, au détriment de l'apprentissage et de l'adaptation. Les décisions sont souvent fondées sur les expériences des individus plutôt que sur des données ([Hankey, 2020](#)). Cependant, dans un monde aux prises avec de multiples aléas, qui tous changent de manière complexe, cette approche statique est inadéquate. L'apprentissage doit devenir un objectif central de chaque organisation et chaque ministère s'occupant de la santé et la gestion des catastrophes, qu'il s'agisse d'un département ministériel ou d'un centre de santé communautaire. Cela suppose des changements culturels difficiles, mais nécessaires, comme donner la priorité à l'expérimentation et favoriser le dialogue entre les groupes (Senge, 1990). Si un volontaire local trouve une meilleure solution à un problème, ses collègues devraient se sentir à même de l'adopter et de la mettre en œuvre. En 2021, la Fédération internationale a lancé une application appelée V-Community avec laquelle les volontaires peuvent échanger des connaissances, quels que soient le lieu où ils se trouvent ou leur langue ([Google Play, non daté](#)). Toutefois, pour que des changements majeurs se produisent, les organisations doivent faire confiance à leurs employés et à leurs volontaires, et créer un environnement de sécurité psychologique. L'initiative Learn to Change de la Fédération internationale tente de créer des environnements propices à un véritable changement ([Learn to Change, non daté](#)).

Gérer et organiser les données de façon qu'elles soient accessibles et compréhensibles. Le volume et l'éventail des données sur les catastrophes et les situations d'urgence ne cesse de croître. C'est une bonne chose, mais les données ne sont pas d'une grande utilité si elles ne sont pas gérées correctement. Pour tirer des enseignements de cette abondance de données et prendre des décisions fondées sur elles, nous devons rendre les données à la fois disponibles et compréhensibles. Le tableau de bord Covid-19 créé par les équipes de l'Université Johns Hopkins en est un exemple notable ([Johns Hopkins University, non daté](#)). Le site recueille les données d'un large éventail de sources et en fait la synthèse dans des formats faciles à comprendre, comme des cartes du monde et des graphiques. L'équipe Données et analyses de l'UNICEF a bâti un site complet présentant ses données sur de nombreux aspects du bien-être des enfants ([UNICEF, non daté](#)). De même, le catalogue de données de la Banque mondiale réunit dans un même site toutes les données relatives au développement afin que les utilisateurs puissent facilement les trouver, les télécharger et les partager ([World Bank Data Catalog, non daté](#)). La Fédération internationale a pris des mesures dans ce sens en ce qui concerne ses bases de données en ligne. La plateforme GO « vise à rendre toutes les informations sur les catastrophes universellement accessibles et utiles » en tenant à jour un registre de toutes les situations d'urgence dans lesquelles le réseau de la Fédération internationale intervient ([IFRC GO, non daté a](#)). Le FDRS contient des données sur les risques auxquels les Sociétés nationales sont confrontées et les événements imminents auxquels elles pourraient devoir faire face. Un nouveau tableau de bord a été ajouté en 2022, qui répertorie les enseignements tirés de la crise du Covid-19 par thème et par lieu ([IFRC GO, non daté c](#)). GO collecte également des exemples d'apprentissage et de défis issus des opérations menées par les Sociétés nationales et les répartit en catégories, ce qui favorise l'apprentissage par les pairs ([IFRC GO, non daté d](#)). Parallèlement, la Base de données et système de compte rendu à l'échelle la Fédération (FDRS) recueille chaque année des données auprès de 192 Sociétés nationales. Elle contient des informations sur leur situation financière, le nombre

de personnes couvertes par leurs programmes, et bien davantage (IFRC FDRS, non daté). Ces informations peuvent être utilisées par les membres des Sociétés nationales et d'autres acteurs humanitaires pour guider la prise de décisions. Enfin, la Data Entry and Exploration Platform (DEEP) contribue à l'évaluation des besoins en favorisant une gestion structurée des données secondaires (DEEP, non daté). GO, le FDRS et DEEP sont des modèles de bonne gestion de l'information dont d'autres peuvent s'inspirer.

Prendre en compte les besoins en personnel et en capacités pour alimenter ce changement.

En prenant parti pour l'apprentissage et en gérant l'information, on pourra mieux faire face aux aléas. Toutefois, les technologies numériques et les données sont, en fin de compte, alimentées et traduites par des êtres humains. Planifier, réinventer des processus, collecter des données et les analyser sont des tâches qui toutes doivent être réalisées par un personnel dédié disposant du temps et de la sécurité nécessaires pour itérer et améliorer. En revanche, quand des organisations sont à court de personnel, elles passent d'une crise à l'autre et réinventent la roue en permanence. Tel est le cas en particulier des organisations humanitaires qui, en « période de calme », sont souvent sous-financées et réduisent leurs effectifs de personnel et de volontaires, ainsi que toutes leurs connaissances communes, pour devoir se redéployer rapidement quand survient une nouvelle situation d'urgence (voir Chapitre 3). Lorsque des organisations comme les Sociétés nationales disposent de ressources financières et en personnel plus prévisibles, elles ont le temps d'assimiler les leçons tirées de chaque crise et de modifier leurs pratiques pour la fois suivante. De même, un accès accru à des nécessités telles que les bases de données et la formation et leur utilisation peuvent faire de l'apprentissage une pratique régulière (Johnston, 2022). Parallèlement, la priorité doit être donnée à la formation à l'utilisation des données et des outils numériques dans les communautés, qui ont ainsi la maîtrise du flux de leurs données. De même, la formation à l'utilisation et à l'analyse des données devrait autant que possible être assurée au niveau local. Les communautés et les acteurs locaux peuvent ainsi devenir des participants essentiels de l'utilisation des données (voir Chapitre 2).

ENCADRÉ 5.4 / ÉTUDE DE CAS

LE RÔLE D'IFRC GO AU COURS DE LA PANDÉMIE DE COVID-19

GO est l'une des principales plateformes de données de la Fédération internationale. Lancée en 2018, elle reçoit et présente des données émanant des Sociétés nationales partout dans le monde. Elle contient des données sur les aléas émergents, les appels et les interventions des Sociétés nationales ([IFRC GO blog, 2020](#)).

Le Covid-19 a posé un immense défi à l'équipe GO, qui a rapidement mis au point de nombreuses nouvelles fonctions. L'équipe a ajouté un tableau de bord Covid-19, qui présente les données clés de façon interactive, guidant ainsi l'analyse de la riposte en cours à la pandémie. Le tableau de bord expose les tendances quant au nombre de cas et à la mortalité, le degré de gravité sur le plan humanitaire, la mise en œuvre de la vaccination et les taux d'acceptation, et les données relatives à la pandémie. La base de données a permis aux équipes des Sociétés nationales d'accéder rapidement à des informations pertinentes, même quand les restrictions de circulation les obligeaient à travailler à distance pendant des semaines ([IFRC GO blog, 2021](#)).



RECOMMANDATIONS CLÉS

Relier les données de crise à l'action. Toute collecte de données devrait viser à définir et à stimuler les actions bénéfiques pour les personnes et les communautés. Par exemple, elle devrait mettre en évidence les vulnérabilités des personnes afin que celles-ci puissent être protégées ou leurs capacités afin qu'elles puissent être mises à profit. À cette fin, nous devons concevoir des produits et des services d'information pour appuyer la prise de décisions fondées sur des données probantes. Les bonnes données doivent être fournies aux bonnes personnes au bon moment. Parallèlement, nous devons garantir la préparation à une intervention efficace en matière de technologie de l'information, de gestion de l'information et de plateformes numériques des centres des opérations d'urgence.

Convenir d'un ensemble commun d'indicateurs et actualiser ceux qui se sont révélés défectueux. Nous avons besoin d'un ensemble d'indicateurs convenus au niveau international concernant les aléas, les risques et les vulnérabilités. Ces indicateurs doivent être facilement partagés et compris, notamment par les acteurs locaux, et adaptables à un large éventail de situations d'urgence et de catastrophes.

Bâtir des systèmes intégrés de données de crise et investir dans les personnes qui analysent et communiquent leurs résultats. Ces systèmes doivent recueillir des données utiles sur les multiples aléas auxquels les communautés font face, les répercussions de ces aléas, qui est particulièrement à risque et nos réponses sociétales. La surveillance à base communautaire a une fois de plus fait la preuve de son utilité pendant la pandémie de Covid-19 : elle devrait être étendue et intégrée dans les systèmes de santé en général. Les formats des données doivent être normalisés autant que possible pour faciliter la comparaison et la superposition de multiples ensembles de données. En outre, il est essentiel de collecter davantage de données sociologiques et qualitatives pour comprendre les besoins, les contextes et les attitudes des personnes. Ce n'est qu'avec de telles données sociologiques que des interventions peuvent être conçues de manière appropriée.

Veiller à ce que les observations et les retours d'informations des communautés commandent la collecte et l'utilisation des données, ainsi que la prise de décisions. Les communautés doivent jouer un rôle important dans la collecte, l'analyse et l'utilisation des données de crise. Chaque personne doit avoir accès au monde numérique pour avoir le pouvoir d'agir sur les données la concernant et pour prévenir l'exclusion numérique. Les données de retour d'information des communautés doivent être collectées durant toutes les phases de la gestion d'une situation d'urgence et les messages qu'elles portent doivent être entendus et suivis d'effet. Il faut à cette fin que les équipes d'intervention d'urgence fassent preuve d'une réactivité et d'une souplesse accrues. L'intégration des points de vue des communautés dans la prise de décisions appelle des efforts coordonnés, la durabilité financière et le renforcement à long terme des capacités des organisations locales et des systèmes communautaires.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

- Baggio O (2021) *What's missing to stop a pandemic: Three lessons learnt*. LinkedIn. <https://www.linkedin.com/pulse/whats-missing-stop-pandemic-three-lessons-learnt-ombretta-baggio/>
- Cohen J and Kupferschmidt K (2020) Countries test tactics in 'war' against COVID-19. *Science*, 367 (6484), pp. 1287 – 8. <https://doi.org/10.1126/science.367.6484.1287>
- Community Engagement Hub (no date). <https://communityengagementhub.org/fr/>
- CRAF'd (The Complex Risk Analytics Fund) (no date) <https://crafd.io/>
- DEEP (no date) <https://thedeep.io/>
- DesInventar (no date) *DesInventar as a Disaster Information Management System*. <https://www.desinventar.net/whatisdesinventar.html>
- Earle-Richardson G et al (2021) New Mixed Methods Approach for Monitoring Community Perceptions of Ebola and Response Efforts in the Democratic Republic of the Congo. *Global Health: Science and Practice*, 9 (2), pp. 332 – 43. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-21-00144>
- EC DRMKC (European Commission Disaster Risk Management Knowledge Centre) (no date) *INFORM Epidemic Risk Index*. <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/INFORM-Epidemic-Risk-Index>
- Elhakim M et al (2020) COVID-19 pandemic in Djibouti: Epidemiology and the response strategy followed to contain the virus during the first two months, 17 March to 16 May 2020. *PLoS One*, 15 (12), e0243698. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243698>
- EM-DAT (no date a) <https://www.emdat.be/>
- EM-DAT (no date b) *Classification*. <https://www.emdat.be/explanatory-notes>
- FIND (no date) *SARS-CoV-2 Test Tracker*. <https://www.finddx.org/covid-19/test-tracker/>
- Flood Resilience Portal (no date) *How we measure community flood resilience*. https://floodresilience.net/frmc_story/

GDPC (Global Disaster Preparedness Center) (no date) *Common Alerting Protocol Implementation*. <https://preparecenter.org/initiative/common-alerting-protocol-implementation/>

Global Health Security Index (2021) *2021 Global Health Security Index*. <https://www.ghsindex.org/>

Google Play (no date) *V-Community*. <https://play.google.com/store/apps/details?id=org.ifrc.vcommunity&hl=en&gl=US>

Hankey WW (2020) *Data, decisions and Strategy 2030: Creating a data-driven decision space*. <https://welearntochange.org/wp-content/uploads/2020/11/IFRC-Decision-making-2020.pdf>

Havers FP et al (2022) COVID-19-Associated Hospitalizations Among Vaccinated and Unvaccinated Adults 18 Years or Older in 13 US States, January 2021 to April 2022. *JAMA Internal Medicine*, 182 (10), pp. 1071 – 81. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2022.4299>

IFRC (2020a) *Philippines Red Cross urges greater vigilance as COVID-19 cases fill hospitals*. <https://www.ifrc.org/press-release/philippines-red-cross-urges-greater-vigilance-covid-19-cases-fill-hospitals>

IFRC (2020b) *World Disasters Report 2020: Come Heat or High Water : Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/fr/media/8968>

IFRC (no date a) *Epidemic and Pandemic Preparedness*. <https://www.ifrc.org/fr/notre-travail/sante-et-soins/urgence-sanitaire/preparation-aux-epidemies-et-aux-pandemies>

IFRC (no date b) *PAPE messages: Preparing your family and home*. <https://www.ifrc.org/pape-messages-preparing-your-family-and-home>

IFRC (no date c) *Vulnerability Capacity Assessment (VCA)*. <https://vcarepository.info/fr>

IFRC (no date d) *Volunteer stories on the frontlines of COVID-19 amid a complex humanitarian crisis in Lebanon*. Available on request.

IFRC Alert Hub (no date) <https://alerthub.ifrc.org/about>

IFRC FDRS (Federation-wide Databank and Reporting System) (no date) <https://data.ifrc.org/FDRS/>

IFRC GO (no date a) <https://go.ifrc.org/>

IFRC GO (no date b) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

IFRC GO (no date c) *Global: COVID-19 pandemic: Additional information*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#additional-information>

IFRC GO (no date d) *Preparedness for Effective Response (PER)*. <https://go.ifrc.org/preparedness#operational-learning>

IFRC GO blog (2020) *GO in the time of COVID-19*. <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-19-eb5152b33640>

IFRC GO blog (2021) *GO in the time of COVID-19, cont.* <https://ifrcgoproject.medium.com/go-in-the-time-of-covid-cont-edda382758f5>

IFRC Health & Care (2020) *Community-Based Surveillance Guide COVID-19*. <https://preparecenter.org/resource/community-based-surveillance-guide-covid-19/>

IFRC VCA (no date) *Enhanced Vulnerability and Capacity Assessment*. <https://www.ifrcvca.org>

Johns Hopkins University (no date) *COVID-19 Dashboard*. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>

Johnston A (2022) *Analysis of Learning from IFRC COVID-19 Response*. IFRC. Forthcoming

Kang. et al (2020) South Korea's responses to stop the COVID-19 pandemic. *American Journal of Infection Control*, 48 (9), pp. 1080 – 6. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2020.06.003>

Learn to Change (no date) <https://welearntochange.org/>

Maazou A A et al (2021) Community-based surveillance contribution to the response of COVID-19 in Niger. *Pan African Medical Journal*, 40, 88. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34909077/>

Majeed A et al (2020) Can the UK emulate the South Korean approach to covid-19? *BMJ*, 369, m2084. <https://doi.org/10.1136/bmj.m2084>

McGowan CR et al (2022) Community-based surveillance of infectious diseases: a systematic review of drivers of success. *BMJ Global Health*, 7, e009934. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009934>

McKay G et al (2022) 'The response is like a big ship': community feedback as a case study of evidence uptake and use in the 2018 – 2020 Ebola epidemic in the Democratic Republic of the Congo. *BMJ Global Health*, 7, e005971. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2021-005971>

Morens DM et al (2020) The Origin of COVID-19 and Why It Matters. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103 (3), pp. 955 – 9. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0849>

Mremi IR et al (2021) Twenty years of integrated disease surveillance and response in Sub-Saharan Africa: challenges and opportunities for effective management of infectious disease epidemics. *One Health Outlook*, 3, 22. <https://doi.org/10.1186/s42522-021-00052-9>

Nextstrain (no date) *Genomic epidemiology of SARS-CoV-2 with subsampling focused globally over the past 6 months*. <https://nextstrain.org/ncov/open/global/6m>

OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2016) *Improving the Evidence Base on the Costs of Disasters: Key findings from an OECD survey*. <https://www.oecd.org/gov/risk/Issues-Paper-Improving-Evidence-base-on-the-Costs-of-Disasters.pdf>

Planetary Health Alliance (no date) *Planetary Health*. <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>

Philippine Red Cross (2021) *Sen. Dick Gordon leads Philippine Red Cross as they surpass 4m COVID tests*. <https://redcross.org.ph/2021/09/01/sen-dick-gordon-leads-philippine-red-cross-as-they-surpass-4m-covid-tests/>

Philippine Red Cross (2022) *Saliva RT-PCR test*. <https://redcross.org.ph/covid19/saliva-test/>

RCCE Collective Service (no date a) <https://www.rcce-collective.net/>

RCCE Collective Service (no date b) *Understanding context, vulnerability and inequality in public health and humanitarian emergencies*. https://ifrcorg.sharepoint.com/:p:/r/sites/IFRCSharing/_layouts/15/Doc.aspx?sourcedoc=%7B7C0CE40F-3CB0-4507-8DE6-1E2C0F357941%7D&file=SST-RCCE_PPT_module_2.1_revised.pptx&action=edit&mobileredirect=true&cid=f6447b6e-ba42-45f6-9128-481f8caf0bea

Senge P (1990) *The Fifth Discipline: The art & practice of the learning organization* (second edition). Random House Business.

The Lancet (2015) *Planetary Health*. <https://www.thelancet.com/infographics-do/planetary-health>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2015) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2015: Making Development Sustainable: The future of disaster risk management*. https://www.preventionweb.net/english/hyogo/gar/2015/en/gar-pdf/GAR2015_FR.pdf

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2020) *Monitoring the Implementation of Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030: A Snapshot of Reporting for 2018*. <https://www.undrr.org/publication/monitoring-implementation-sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030-snapshot>

UNDRR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) (2022) *Global Assessment Report on Disaster Risk Reduction 2022*. <https://www.undrr.org/publication/global-assessment-report-disaster-risk-reduction-2022>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (no date) *UNICEF DATA*. <https://data.unicef.org/>

US EPA (United States Environmental Protection Agency) (no date) *Community Health Vulnerability Index Provides Public Health Tool to Protect Vulnerable Populations from Impaired Air*. <https://www.epa.gov/air-research/community-health-vulnerability-index-provides-public-health-tool-protect-vulnerable>

Wallemacq P and House R (2018) *Economic losses, poverty & disasters: 1998-2017*. United Nations Office for Disaster Risk Reduction (UNDRR). <https://www.undrr.org/publication/economic-losses-poverty-disasters-1998-2017>

WHO (World Health Organization) (no date) *Republic of Korea (WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard)*. <https://covid19.who.int/region/wpro/country/kr>

WHO (World Health Organization) Immunization, Vaccines and Biologicals (2022) *Understanding the behavioural and social drivers of vaccine uptake WHO position paper – May 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9720-209-224>

World Bank (2018) *Global Crisis Risk Platform (English)*. <http://documents.worldbank.org/curated/en/762621532535411008/Global-Crisis-Risk-Platform>

World Bank (2021) *World Development Report 2021: Data for Better Lives*. <https://wdr2021.worldbank.org/fr/>

World Bank Data Catalog (no date) <https://datacatalog.worldbank.org/home>

Worobey M et al (2022) The Huanan Seafood Wholesale Market in Wuhan was the early epicenter of the COVID-19 pandemic. *Science*, 377(6609), pp. 951–9. <https://doi.org/10.1126/science.abp8715>

Zimbabwe 2022 Le Dr Takunda Tawanda, responsable adjoint du dispensaire de la Croix-Rouge du Zimbabwe à Harare. La Société nationale gère le dispensaire situé dans le quartier central des affaires de la capitale ; elle propose des services médicaux abordables et de qualité aux membres des communautés, notamment des consultations de généralistes, des services de radiologie, de laboratoire, de médecine dentaire, de gynécologie, de physiothérapie et de conseil, et une pharmacie. © Victor Lacken/IFRC

LOIS RELATIVES AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE



Les lois et les politiques constituent le fondement d'une riposte efficace à une urgence de santé publique

Table des matières

Introduction	197
6.1 Ce que nous avons vu – les lois sur les urgences de santé publique ont été rédigées trop rapidement	198
6.2 Ce que nous avons appris – la préparation juridique est insuffisante tant sur le plan international que sur le plan national	199
6.3 Ce qu'il faut faire – continuellement améliorer la préparation juridique	205
Recommandations clés	212

INTRODUCTION

La pandémie de Covid-19 a mis au jour d'importantes failles dans la préparation juridique aux urgences de santé publique. Présentes tant au niveau national qu'au niveau international, celles-ci concernent à la fois le contenu et la mise en œuvre des instruments existants. Les cadres juridiques étant inadéquats, ils ont participé à faire de la pandémie une urgence sanitaire mondiale de longue durée. Cependant, il y a lieu d'être optimiste, car cette crise a également permis de mieux reconnaître l'importance de la préparation juridique aux urgences, négligée par le passé dans la sphère sanitaire. Elle a également contribué à recenser les domaines clés nécessitant des améliorations, notamment en mettant en lumière les lacunes dans le contenu et l'application du Règlement sanitaire international (2005). Les négociations en cours pour l'adoption d'un nouvel instrument international d'envergure applicable aux pandémies offrent l'occasion de renforcer la préparation juridique internationale aux urgences de santé publique en tenant compte des importants enseignements tirés de la pandémie. Cependant, les efforts déployés au niveau international pour renforcer la préparation juridique devront également être reproduits au niveau national, avec le soutien technique et financier de la communauté internationale au besoin, si l'on veut qu'ils débouchent sur des actions concrètes.

Définitions

Lois et cadres juridiques : le présent chapitre se penche sur le rôle des lois dans les urgences de santé publique. Les termes « loi » et « cadre juridique » sont utilisés indifféremment pour désigner tout type d'instrument juridique, qu'il soit national ou international. Ce chapitre aborde également les instruments non juridiques, tels que les politiques et les plans d'urgence, qui font partie intégrante du cadre de gestion des urgences de santé publique.

Les facilités juridiques sont des droits spéciaux qui sont accordés à une organisation spécifique (ou à une catégorie d'organisations) pour lui (ou leur) permettre de mener des opérations de manière efficace. Les facilités juridiques peuvent prendre la forme de droits positifs (soit le droit de faire telle ou telle chose), d'un accès à des processus réglementaires simplifiés et accélérés, ou de dérogations aux lois ordinaires ([IFRC, 2021](#)).

6.1 CE QUE NOUS AVONS VU LES LOIS SUR LES URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE ONT ÉTÉ RÉDIGÉES TROP RAPIDEMENT

Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, la pandémie de Covid-19 a révélé de graves et vastes manques dans les efforts déployés pour prévenir les risques sanitaires et se préparer aux **urgences de santé publique**.

Dans de nombreux pays, la riposte a été chaotique et désorganisée, surtout au cours des premiers mois de la pandémie. Nous avons vu à la section 1.1.1 du Chapitre 1 que les différents acteurs publics avaient eu des difficultés à coordonner leurs actions et à élaborer des stratégies de communication efficaces et accessibles. D'un autre côté, les systèmes et les agents de santé se sont retrouvés submergés en raison du nombre anormalement élevé d'hospitalisations, des pénuries mondiales de fournitures essentielles (oxygène, équipements de protection individuelle, etc.), du manque de personnel et de protocoles d'urgence inadéquats.

Ce chaos trouve en partie sa source dans le contenu et la mise en œuvre mêmes des lois et des politiques nationales et internationales, qui se sont révélés insuffisants. Or, il est possible de créer un environnement propice à des mesures de prévention, de préparation, de riposte et de relèvement efficaces et rapides face aux urgences de santé publique en se dotant de cadres juridiques adéquats. Le droit international peut instituer des obligations réciproques de coopération et de coordination entre États pour gérer ces urgences et les risques sanitaires, et il est possible, aux niveaux national et infranational, de créer une architecture juridique à laquelle adosser des systèmes nationaux efficaces et complets de gestion de ces risques et urgences. Tous ces dispositifs légaux auraient pu atténuer une part importante des difficultés évoquées dans ce rapport, que ce soit en garantissant la mise en place d'activités efficaces de prévention et de préparation (Chapitre 1) ou en facilitant la participation des communautés et des acteurs locaux (Chapitre 2) et en protégeant les groupes vulnérables contre des impacts sanitaires et socioéconomiques disproportionnés (Chapitre 4). Cependant, ce potentiel ne s'est pas concrétisé, ce qui a contribué à priver les États de la capacité de faire face à la pandémie de Covid-19.

Au début de la pandémie, les États ont dû élaborer très rapidement de nouvelles lois et ont souvent manqué du temps nécessaire pour engager des discussions ou des consultations solides avec des experts et les parties prenantes. Face à une situation critique, il est parfois inévitable de rédiger des lois dans une relative urgence, mais dans ce cas, les lois existantes présentaient de telles faiblesses et lacunes que le niveau d'urgence pour les combler était énorme. C'est en partie en raison de leur élaboration rapide que ces nouvelles lois ont à leur tour été marquées par des insuffisances et ont eu des conséquences imprévues, autant de facteurs qui ont émué l'efficacité de la riposte. Nous montrerons dans ce chapitre que pour éviter la répétition de ces erreurs lors de futures flambées, épidémies ou pandémies, il faut investir dans la **préparation juridique** aux urgences de santé publique.

6.2 CE QUE NOUS AVONS APPRIS LA PRÉPARATION JURIDIQUE EST INSUFFISANTE TANT SUR LE PLAN INTERNATIONAL QUE SUR LE PLAN NATIONAL

À la mi-2021, deux rapports majeurs sur le fonctionnement des cadres juridiques internationaux et nationaux durant la pandémie de Covid-19 ont été publiés. Ces rapports faisaient état, preuves à l'appui, de nombreux manquements.

D'une part, le comité d'examen du Règlement sanitaire international (RSI), instauré par le directeur général de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), a publié son rapport sur le fonctionnement des règlements sanitaires internationaux durant la lutte contre le Covid-19 ([WHO, 2021](#)).

D'autre part, la Fédération internationale a publié un rapport intitulé Le droit et la préparation et réponse aux urgences de santé publique : enseignements de la pandémie de Covid-19 ([IFRC, 2021](#)). Les sections qui suivent s'appuient sur ces rapports pour relever, à leur tour, les principales faiblesses et lacunes que présentent les cadres juridiques et politiques nationaux et internationaux relatifs aux urgences de santé publique.

6.2.1 Faiblesses et lacunes dans les lois et politiques nationales

Le rapport de la Fédération internationale et celui de l'OMS indiquent tous deux que dans de nombreux États, les cadres légaux nationaux relatifs aux urgences de santé publique n'étaient plus à jour ou plus adaptés lorsqu'est survenue la pandémie de Covid-19 ([IFRC, 2021](#) ; [WHO, 2021](#)). Certains États étaient dotés de lois remontant au début du 20^e siècle, voire à la fin du 19^e siècle ([IFRC, 2021](#)). Le rapport de la Fédération internationale, qui repose sur l'étude d'un échantillon de 32 États, dresse la liste des faiblesses et des lacunes courantes dans les lois et politiques nationales relatives aux urgences de santé publique :

- **Un manque d'harmonisation** : dans la plupart des cas, les urgences de santé publique sont encadrées par un ensemble de lois spécifiques les concernant et de lois de portée générale sur les catastrophes ([IFRC, 2021](#)). Ces différents types de lois doivent être harmonisés afin d'éviter les divergences, les doublons ou des lacunes dans les dispositifs pratiques qu'elles créent (par exemple, leadership, rôles et responsabilités et mécanismes de coordination) ([IFRC, 2021](#)). Comme nous l'avons vu au Chapitre 1, l'harmonisation est également essentielle à la création d'un système applicable à divers aléas et capable de gérer des risques cumulés, de plus en plus nombreux et qui se chevauchent.

- **Listes de maladies préétablies :** certains États sont dotés de lois ciblant une liste de maladies préétablie parmi lesquelles figurent parfois des maladies devenues rares (la variole, par exemple) ([IFRC, 2021](#)). Si une loi est uniquement applicable à une liste de maladies préétablie, elle ne peut être utilisée pour lutter contre des risques sanitaires inédits ou émergents tels que le Covid-19.
- **Absence de dispositions sur la prévention et le relèvement :** si les lois et/ou politiques nationales encadrent généralement les phases de préparation et de riposte en cas d'urgence de santé publique, dans de nombreux États, les phases de prévention et de relèvement en sont notoirement absentes ([IFRC, 2021](#)). Il s'agit d'une omission majeure car, comme nous l'avons vu au Chapitre 1, de nombreux risques sanitaires, notamment les contagions zoonotiques, sont évitables.
- **Des dispositions relatives à la préparation pas assez détaillées :** bien que les lois et/ou les politiques incluent généralement des dispositions sur la préparation aux urgences de santé publique, celles-ci pourraient être plus claires et plus détaillées et prévoir, notamment, des activités de préparation obligatoires (par exemple, planification d'urgence, formations) à l'intention des acteurs clés ([IFRC, 2021](#)). Nous avons montré au Chapitre 1 qu'il est essentiel de renforcer les activités de préparation, car la prévention a ses limites et malgré tous nos efforts, des flambées de maladies se produiront inévitablement.
- **Absence d'approche pansociétale et pangouvernementale :** les cadres politiques et juridiques nationaux évoquent rarement explicitement la participation des acteurs non gouvernementaux aux activités de préparation et de riposte en cas d'urgence de santé publique. Ils pourraient par exemple leur attribuer des rôles et des responsabilités à titre officiel, ou prévoir des mécanismes de coordination. Il s'agit là d'une lacune majeure étant donné que, comme nous l'avons vu au Chapitre 2, les communautés et les acteurs locaux doivent être placés au centre des activités de prévention, de préparation et de riposte pour faire face aux épidémies et aux pandémies.

Outre ces faiblesses et ces lacunes globales, certains défis pratiques qui sont apparus durant la pandémie trouvaient leur source principale dans l'absence d'exceptions aux lois applicables à des « situations normales ». Dans certains pays, les lois relatives aux achats et à la gestion des finances publiques ont ralenti l'achat de médicaments et de produits médicaux ([WHO, 2021](#)). Les initiatives visant à optimiser l'utilisation des effectifs sanitaires ont été entravées par des lois sur les licences professionnelles qui ne permettaient pas aux praticiens de se déplacer d'un territoire infranational à l'autre, ou de faire appel à des professionnels retraités ou à des étudiants en dernière année ([WHO, 2021](#)).

Dans certains cas, les lois instaurées dans l'urgence pour faire face à la pandémie présentaient des lacunes et ont eu des conséquences imprévues qui ont fini par amenuiser l'efficacité de la riposte. Par exemple, les acteurs humanitaires ne figuraient pas toujours clairement parmi les catégories bénéficiant d'un régime d'exception lié au confinement, aux fermetures de frontières et aux restrictions sur les exportations (alors que des exceptions avaient été prévues pour d'autres travailleurs transfrontaliers tels que le personnel médical). Cette situation a limité la capacité de ces acteurs de porter assistance aux personnes qui en avaient le plus besoin, soit à cause de la pandémie, soit à cause des nombreuses autres catastrophes et crises qui ont continué de se produire ([IFRC, 2021](#)). Ces types de restrictions ont également eu des répercussions négatives sur les groupes vulnérables. C'est notamment le cas des personnes âgées dont l'accès aux soins de santé et aux services sociaux était limité ; des migrants bloqués sans moyens de subsistance ; et des personnes fuyant la violence domestique, confrontées à de nouveaux obstacles ([IFRC, 2021](#)).

Enfin, la Commission *Lancet* sur les leçons à tirer de la pandémie de Covid-19 pour l'avenir fait état d'une incapacité généralisée à formuler des politiques aptes à lutter contre les effets inégaux de la pandémie (Sachs et al, 2022). En effet, comme nous l'avons vu au Chapitre 4, ce sont les groupes les plus vulnérables, à savoir, les personnes déjà laissées de côté, qui en ont subi les conséquences les plus graves, avec des impacts disproportionnés sur leur santé et sur leur situation socioéconomique. À ce sujet, le rapport de la Fédération cité plus haut montre que les mesures juridiques et politiques instaurées en cours de pandémie pour protéger et soutenir les groupes vulnérables ont été plus répandues dans les États disposant de davantage de ressources et que, faute de dispositions préexistantes, leur adoption a nécessité de créer rapidement de nouvelles lois et politiques (IFRC, 2021).

6.2.2 Faiblesses et lacunes dans le droit international

Lorsque la pandémie de Covid-19 est survenue, les cadres juridiques internationaux relatifs aux urgences de santé publique présentaient également d'importantes faiblesses et lacunes. L'instrument international le plus important dans ce domaine est le Règlement sanitaire international (2005) (RSI) (IHR, 2005). Ce traité international est contraignant pour 196 États, dont les 194 États membres de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Son principal objectif est de « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique » (IHR, 2005). Malheureusement, le RSI s'est révélé insuffisant, tant sur le plan de son contenu que de sa mise en œuvre, ce qui a entravé la gestion de la pandémie.

En vertu du RSI, les États parties doivent se doter des « principales capacités requises » (IHR, 2005 art 13[1] et annexe 1A) en vue de s'acquitter de leurs activités de surveillance et de lutte contre les événements de santé publique, lesquelles capacités, si elles avaient été pleinement intégrées, auraient renforcé leur préparation aux pandémies. Cependant, malgré un délai final de mise en œuvre fixé à juin 2012, celle-ci était très lacunaire (WHO, 2011 ; WHO, 2015 ; WHO, 2016 ; WHO, 2021 ; Bartolini, 2021). Des données d'autoévaluation fournies par les États parties mettent au jour des insuffisances persistantes — en 2021, le taux moyen de mise en œuvre pour les 13 principales capacités était de 65 % (e-SPAR, non daté) — qui s'expliquent en partie par l'absence de mécanisme d'application, aucune sanction n'étant prévue (e-SPAR, non daté).

Le rapport sur le Covid-19 du comité d'examen du RSI indique que la « vaste majorité » des pays avaient un niveau national de préparation faible ou modéré et fait état de failles majeures dans la gouvernance, les capacités infranationales et les fonctions de santé publique essentielles telles que l'administration de tests, la recherche des cas contacts et les traitements (WHO, 2021). Il conclut que le non-respect, par les États parties, de certaines obligations imposées par le RSI, en particulier concernant la préparation, a contribué à faire de la pandémie de Covid-19 une urgence sanitaire mondiale de longue durée (WHO, 2021). Le comité se dit en outre préoccupé quant au respect des obligations par les États parties de l'OMS de fournir suffisamment d'informations au titre du RSI, et affirme que leur engagement à cet égard doit être renouvelé (WHO, 2021).





Italie 2020 À la demande des autorités italiennes, une équipe de la Croix-Rouge italienne est montée à bord du ferry Rubattino afin de s'occuper des 183 migrants secourus par deux navires en Méditerranée et actuellement en quarantaine. L'équipe de la Croix-Rouge italienne fournit un large éventail de services : soins de santé, soutien psychosocial, dépistage du Covid-19, rétablissement des liens familiaux, médiations culturelles, distribution de masques et de kits d'hygiène et distribution de nourriture. © Croix-Rouge italienne

Outre ces insuffisances dans la mise en œuvre du RSI, le contenu même du traité présente des faiblesses. Comme l'indique le rapport susmentionné, plusieurs éléments nécessaires à une gestion complète, à l'échelle mondiale, des risques sanitaires et des urgences de santé publique ne sont pas couverts ([WHO, 2021](#)), à savoir, notamment :

- la prévention et la gestion des risques zoonotiques dans le cadre d'une approche « Une seule santé » ;
- la planification et la préparation pansociétales et pangouvernementales coordonnées des urgences sanitaires nationales ;
- le partage des avancées avec les pays qui en ont besoin (par exemple, accès aux antiviraux, aux vaccins et aux autres mesures sanitaires) ;
- le partage d'informations sur les agents pathogènes, les spécimens et le séquençage du génome ([WHO, 2021](#)).

Dans le même temps, le rapport de la Fédération internationale sur la loi et les urgences de santé publique relevait une autre lacune importante dans le RSI. En effet, parmi les principales capacités ne figure pas la nécessité, pour les autorités nationales, d'élaborer un système d'alerte rapide émettant des alertes claires et concrètes à l'attention de la population générale en cas de risque sanitaire ([IFRC, 2021](#)). Il s'agit là d'une omission de taille, compte tenu de l'importance de ces alertes pour prévenir ou empêcher la propagation de maladies infectieuses. Par conséquent, même si tous les États parties mettaient pleinement en œuvre le RSI, cela ne suffirait pas pour garantir une gestion mondiale efficace des risques sanitaires et des urgences de santé publique.

6.3 CE QU'IL FAUT FAIRE CONTINUUELLEMENT AMÉLIORER LA PRÉPARATION JURIDIQUE

Les législations internationale et nationales peuvent fournir des bases permettant de prévenir les urgences de santé publique, de s'y préparer, d'y répondre et de s'en relever bien plus efficacement et rapidement. Pour concrétiser cette possibilité, il est nécessaire d'investir dans la **préparation juridique** aux urgences de santé publique, c'est-à-dire de se doter de lois, de politiques et de plans bien conçus et bien compris et de les mettre en œuvre correctement. Point important, la préparation juridique n'est pas seulement un résultat : il s'agit d'un processus continu qui suppose de régulièrement réviser et mettre à jour les lois, et de garantir leur pleine mise en œuvre ([IFRC, 2022](#)).

Au niveau national, la préparation juridique consiste à élaborer des lois, des politiques et des plans qui créent l'architecture d'un système complet de gestion des risques sanitaires et des urgences de santé publique. À cette fin, les lois nationales doivent entre autres attribuer des rôles et des responsabilités clairement définis, créer des mécanismes de coordination, instaurer des mécanismes de déclaration d'un état de catastrophe/état d'urgence et allouer des ressources financières. De plus, elles devraient comporter des dispositions visant à atténuer les problèmes juridiques courants en cas d'urgence de santé publique. Dans de nombreux cas, cela revient à définir des exceptions ciblées aux lois applicables aux « situations normales », qui permettent d'accélérer la mise à disposition du personnel de secours, des biens et des équipements requis, dans la mesure où d'autres préoccupations sanitaires réelles n'y font pas obstacle.

La préparation juridique au niveau national est un processus continu qui nécessite que les gouvernements examinent et mettent à jour régulièrement et périodiquement (tous les cinq ans par exemple) les lois, politiques et plans relatifs aux urgences de santé publique pour éviter qu'ils ne deviennent caducs ([IFRC, 2022](#)). Cet examen devrait également avoir lieu à la suite d'une urgence de santé publique de grande ampleur pour pouvoir recenser les enseignements qui en ont été tirés et les appliquer ([IFRC, 2022](#)). Les réformes engagées par la République de Corée à la suite de la flambée de maladie à MERS-CoV en 2015 illustrent bien ce processus, grâce auquel le pays avait atteint un niveau élevé de préparation juridique au moment de l'apparition du Covid-19 (voir Encadré 6.1, ÉTUDE DE CAS : lorsque la pandémie de Covid-19 a frappé la République de Corée, la préparation juridique a porté ses fruits). De plus, les lois n'étant efficaces que si elles sont appliquées, il est crucial que les gouvernements veillent à leur pleine mise en œuvre en mettant au point des procédures opérationnelles, en formant les acteurs (en particulier concernant leurs rôles et responsabilités), et en informant et sensibilisant le grand public ([IFRC, 2022](#)).

“

La préparation juridique n'est pas seulement un résultat : il s'agit d'un processus continu qui suppose de régulièrement réviser et mettre à jour les lois, et de garantir leur pleine mise en œuvre.

”



La Fédération internationale a créé un outil d'évaluation pour guider l'examen des lois, politiques et plans existants en matière d'urgences de santé publique. Nommé « Législation relative à la préparation aux urgences de santé publique et à l'intervention : orientations » ([IFRC, 2022](#)), il est conçu pour aider les décideurs nationaux à repérer les problèmes juridiques et politiques sensibles et à évaluer la façon dont les lois et politiques en vigueur les abordent. Les orientations comportent neuf questions clés, chacune étant accompagnée d'une explication, d'un ensemble de sous-questions ciblées et d'une liste de lois et de politiques à prendre en compte. Ces orientations et d'autres documents pertinents permettent aux États procédant à un examen de leur législation d'y trouver les faiblesses et les lacunes à combler, soit en modifiant les lois et politiques existantes, soit en en créant de nouvelles ([WHO, 2009a](#) ; [WHO, 2009b](#) ; [WHO, 2009c](#)).

Au niveau international, la préparation juridique doit prévoir deux grandes catégories d'obligations, dont il incombe à la communauté internationale de garantir la présence dans les instruments juridiques. La première catégorie concerne la façon dont les États gèrent les risques sanitaires et les urgences de santé publique dans leur propre territoire, à la fois pour garantir les bonnes pratiques minimales et pour éviter la propagation de risques sanitaires dans d'autres États. Il s'agit par exemple de l'obligation de prévenir les risques d'apparition et de transmission de maladies zoonotiques et d'alerter rapidement la population face à de nouveaux risques sanitaires ; cela peut également être des principes, tels que l'équité, qui devraient orienter les lois nationales. L'autre catégorie d'obligations juridiques internationales vise à faciliter la coopération et la coordination entre États aux fins de la gestion des risques sanitaires et des urgences de santé publique. Elles imposent de partager des informations, des échantillons d'agents pathogènes, des données sur le séquençage de génomes, des diagnostics, des traitements et des technologies, et d'en faciliter l'accès. Ces obligations doivent être correctement mises en œuvre : au vu de l'expérience acquise avec le RSI, il peut être nécessaire de renforcer leur respect au moyen d'évaluations externes ou par les pairs obligatoires ([WHO, 2021](#), [IFRC, 2021](#)).

Heureusement, deux initiatives visant à améliorer les cadres juridiques internationaux sont en cours de déploiement. D'abord, l'élaboration d'un instrument juridique international applicable aux pandémies fait actuellement l'objet d'une négociation sous les auspices de l'organe intergouvernemental de négociation créé par l'Assemblée mondiale de la santé en décembre 2021 ([WHA, 2021](#)). Ensuite, l'Assemblée mondiale de la santé a confié à un groupe de travail la mission d'étudier des amendements ciblés à apporter au Règlement sanitaire international (2005) ([WHA, 2022](#)). Ces deux initiatives culmineront en 2024, quand le groupe de travail et l'organe intergouvernemental de négociation feront rapport à la 77e Assemblée mondiale de la santé et y présenteront respectivement un ensemble d'amendements ciblés au RSI et un avant-projet d'instrument applicable aux pandémies ([WHA, 2021](#) ; [WHA, 2022](#)).

Au travers de ces deux processus parallèles, la communauté internationale a la possibilité de renforcer la préparation juridique internationale aux urgences de santé publique en s'appuyant sur les importants enseignements tirés de la pandémie de Covid-19. Point crucial, en plus de combler les manques énumérés dans le rapport sur le Covid-19 du comité d'examen du RSI, tout nouvel instrument applicable aux pandémies devra :

- premièrement, aborder la question de l'équité dans son sens le plus large, c'est-à-dire en ne se limitant pas uniquement à l'accès aux mesures médicales (par exemple, traitements et diagnostics) mais en intégrant l'accès aux mesures sanitaires, terme plus général qui englobe l'information et les soins primaires (entre autres). Envisager l'équité au sens large suppose aussi de reconnaître les facteurs sociaux de la santé et la nécessité de prévoir des mesures légales et politiques connexes en cas d'urgence de santé publique, ainsi que des protections garantissant l'accès aux services de santé de base, quel que soit le statut juridique ;
- deuxièmement, énoncer des principes de base guidant l'élaboration des cadres juridiques et politiques nationaux, ces principes pouvant inclure, entre autres, la nécessité de se doter de cadres pansociétaux et pangouvernementaux, la nécessité de prévoir des facilités et des protections juridiques pour les intervenants de première ligne ou une obligation liée aux alertes rapides et aux interventions précoces au sein des pays ;
- enfin, reconnaître l'importance de la mobilisation communautaire et le rôle des communautés et des acteurs locaux dans la gestion des risques sanitaires et des urgences de santé publique, et préciser ce que cela suppose, en tenant compte de la variété des contextes juridiques nationaux.



Pays-Bas 2020 Ce centre d'événements de la ville de Maastricht a été transformé en unité hospitalière temporaire pour les patients atteints du Covid-19 pour le cas où les hôpitaux de la région seraient surchargés. Près de 280 lits avec un équipement complet ont été installés. Les volontaires de la Croix-Rouge secondent le personnel infirmier en menant des activités non médicales telles que la distribution de repas et l'apport de réconfort aux patients.
© Arïe Kievit/Croix-Rouge néerlandaise

ENCADRÉ 6.1 / ÉTUDE DE CAS

LORSQUE LA PANDÉMIE DE COVID-19 A FRAPPÉ LA RÉPUBLIQUE DE CORÉE, LA PRÉPARATION JURIDIQUE A PORTÉ SES FRUITS

Lorsque le premier cas de Covid-19 a été détecté en République de Corée, le 20 janvier 2020, le pays était bien préparé, y compris sur le plan juridique.

La principale loi du pays régissant la prévention des pandémies, la préparation et la riposte est la Loi sur la prévention et la surveillance des maladies infectieuses, promulguée en 2010 pour mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005). Par conséquent, en 2015, au début de l'épidémie de maladie à Syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), cette loi comportait déjà les fondements juridiques de la riposte. Malheureusement, à l'époque, le système de lutte contre les maladies infectieuses n'a pas fonctionné efficacement, et en dehors du Moyen-Orient, c'est en Corée du Sud que l'épidémie s'est révélée être la plus importante, avec 186 cas confirmés et 38 décès ([Moon, 2021](#) ; [WHO, non daté](#) ; [Yang et al, 2021](#)).

À la suite de cet épisode, le parlement a rapidement amendé la loi de 2010 de façon à y incorporer les enseignements tirés ([MHW RoK, 2015](#)). Ces amendements sous-tendaient des réformes complètes qui visaient à renforcer le système de prévention et de riposte du pays en cas d'épidémie ([Moon, 2021](#)). Parmi les principales modifications apportées figurent les suivantes :

- mise en place d'un système d'information destiné à la collecte et à l'analyse systématiques des données relatives aux maladies infectieuses ;
- autorisation octroyée au ministre de la Santé et de la Protection de désigner rapidement une nouvelle maladie infectieuse – auparavant, cette mesure prenait trois mois, ce qui ralentissait la mise en place de mesures de confinement ;
- pouvoir octroyé aux responsables des quarantaines et aux épidémiologistes de prendre des mesures immédiates pour stopper la propagation d'une maladie infectieuse (par ex. : évacuation des habitants) ;
- autorisation accordée au gouvernement de recueillir des informations auprès des patients et des établissements médicaux et de les diffuser largement, y compris à destination du grand public ;
- définition d'un nombre minimum d'épidémiologistes chargés de mission au niveau central, ainsi qu'au niveau des villes et des provinces ([MHW RoK, 2015](#)).

En 2017, les lois du pays avaient été fortement améliorées. Une évaluation externe conjointe de l'OMS a montré que ce niveau impressionnant de préparation découlait de l'épisode – récent – de la flambée de maladie à MERS-CoV de 2015 et que le pays était désormais doté de lois, politiques, plans et manuels complets ([WHO, 2017](#)).

Lorsqu'est apparu le Covid-19, les efforts déployés par la République de Corée ont porté leurs fruits, puisqu'elle a réussi à contenir le nombre de cas en février et mars 2020 sans prendre de mesures strictes de confinement ([Yang et al, 2021](#)). Les réformes de 2015 ont joué un rôle clé. La loi révisée a permis au ministre de la Santé et de la Protection de rapidement désigner le Covid-19 comme une nouvelle maladie infectieuse. Elle garantissait également l'existence d'un réseau de 134 épidémiologistes au niveau central, ainsi qu'au niveau des villes et des provinces, qui se sont immédiatement mis au travail pour effectuer un suivi précis de la propagation du virus. La loi révisée a également permis au gouvernement de recueillir des informations auprès des patients et des établissements médicaux et de les diffuser au public, ce qui était impossible juridiquement lors de la flambée de maladie à MERS-CoV ([Moon, 2021](#)).

RECOMMANDATIONS CLÉS

La communauté internationale doit renforcer la préparation juridique internationale aux urgences de santé publique. Cela nécessite d'adopter un nouvel instrument international applicable aux pandémies et de mettre à jour le RSI à l'appui d'une gestion mondiale efficace et équitable des risques sanitaires et des urgences de santé publique. Cet instrument devrait aborder la question de l'équité dans son sens le plus large, en promouvant un accès équitable aux mesures sanitaires tant au sein des États qu'entre États. Il devrait aussi souligner l'importance de la mobilisation communautaire et le rôle des communautés et des acteurs locaux dans la gestion des risques sanitaires et des urgences de santé publique. Enfin, cet instrument devrait établir les principes de base guidant l'élaboration des cadres juridiques et politiques nationaux.

Les gouvernements nationaux et infranationaux doivent impérativement renforcer la préparation juridique nationale aux urgences de santé publique. À cet effet, ils doivent examiner leurs lois, politiques et plans et les mettre à jour afin de combler les insuffisances et les lacunes qui auront été recensées. L'équipe Droit relatif aux catastrophes de la Fédération internationale se tient prête pour accompagner les gouvernements dans cet examen et cette révision afin de garantir que les instruments existants sont adaptés aux besoins. Plus spécifiquement, dans de nombreux pays, la mise à jour des cadres juridiques et politiques relatifs aux urgences de santé publique doit viser à :

- améliorer l'harmonisation avec les lois et les politiques générales sur les catastrophes afin d'éviter les divergences, les doublons ou des lacunes dans les dispositifs pratiques qu'elles créent (par exemple, leadership, rôles et responsabilités, et mécanismes de coordination) ;
- les élargir de sorte qu'elles puissent s'appliquer aux risques sanitaires inédits et émergents, plutôt que de s'en tenir à une liste de maladies préétablie ;
- aborder tous les aspects de la gestion des urgences de santé publique, de la prévention à la préparation, à la riposte et au relèvement ;
- comporter des dispositions plus claires et plus détaillées sur la préparation, notamment en instaurant l'obligation juridique, pour les acteurs clés, de réaliser les principales activités de préparation et en leur fournissant le soutien nécessaire à cet effet (par exemple, planification d'urgence) ;
- faciliter la participation de tous les acteurs et de toutes les parties prenantes (en particulier les acteurs locaux et les communautés) en leur attribuant officiellement des rôles et des responsabilités et en les incluant dans les mécanismes de coordination et les consultations ;
- accorder des facilités juridiques à tous les intervenants de première ligne reconnus, notamment aux acteurs locaux autorisés tels que les Sociétés nationales, afin de faciliter leurs déplacements et celui du matériel dont ils ont besoin, et leur accorder la priorité quant à l'accès aux produits nécessaires pour les protéger ;

- instaurer des dispositions juridiques visant à atténuer les problèmes légaux courants en cas d'urgence de santé publique, notamment des exceptions ciblées aux lois relatives aux « situations normales », celles-ci entravant la disponibilité du personnel, des biens et des équipements médicaux ou de secours ;
- prévoir des obligations en matière d'alerte rapide et d'action précoce à l'intention de leur propre population ;
- prévoir des protections juridiques garantissant un accès égal aux mesures sanitaires essentielles – y compris aux produits nécessaires – pour les groupes et les communautés les plus vulnérables, quel que soit leur statut juridique et en fonction de leurs besoins.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Bartolini G (2021) The Failure of 'Core Capacities' under the WHO International Health Regulations. *International & Comparative Law Quarterly*, 70(1), pp. 233–50. <https://doi.org/10.1017/S0020589320000470>

e-SPAR (Electronic State Parties Self-Assessment Annual Reporting Tool) (no date) *e-SPAR State Party Annual Report*. <https://extranet.who.int/e-spar/#home>

IFRC (2021) *Law and Public Health Emergency Preparedness and Response: Lessons from the COVID-19 Pandemic*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3010>

IFRC (2022) *Guidance on Law and Public Health Emergency Preparedness and Response*. <https://disasterlaw.ifrc.org/media/3611>

IHR (International Health Regulations) (2005) Third edition: <https://www.who.int/fr/publications/item/9789241580496>

MHW RoK (Ministry of Health and Welfare, Republic of Korea) (2015) *The National Assembly Plenary Session Passed the Amendment Bill to the Infectious Disease Prevention Act to Respond Promptly and Appropriately to Infectious Diseases [in Korean]*. Press release, 26 June 2015. https://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=323775&page=1

Moon Y (2021) Case Study – Preparing for the Pandemic: Strengthening Epidemiological Investigations in the Republic of Korea, 2015–20. KDI School of Public Policy and Management. <https://www.kdevelopedia.org/Resources/view/Preparing-for-the-Pandemic-Strengthening-Epidemiological-Investigations-in-The-Republic-of-Korea-2015-20--99202203140168687>

Sachs JD et al (2022) The Lancet Commission on lessons for the future from the COVID-19 pandemic. *The Lancet Commissions*, 400(10359), pp. 1224–80. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01585-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01585-9)

WHA (World Health Assembly) (2021) “The World Together: Establishment of an Intergovernmental Negotiating Body to Strengthen Pandemic Prevention, Preparedness and Response (Decision SSA2(5)).” In: *World Health Assembly, Second special session: Geneva, 29 November–1 December 2021: decisions, annex, summary records*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353606>

WHA (World Health Assembly) (2022) *Strengthening WHO preparedness for and response to health emergencies (Decision WHA75(9))*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_17-fr.pdf. In: *Seventy-Fifth World Health Assembly*. https://apps.who.int/gb/f/f_wha75.html

WHO (World Health Organization) (2009a) *International Health Regulations (2005) - A Brief Introduction to Implementation in National Legislation*. <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-brief-introduction-implementation-national>

WHO (World Health Organization) (2009b) *International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: Questions and Answers, Legislative Reference and Assessment Tool and Examples of National Legislation*. <https://www.paho.org/en/documents/international-health-regulations-2005-toolkit-implementation-national-legislation-0>

WHO (World Health Organization) (2009c) *International Health Regulations (2005) - Toolkit for Implementation in National Legislation: The National IHR Focal Point*. [https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-\(2005\)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation](https://www.who.int/publications/m/item/international-health-regulations-(2005)-toolkit-for-implementation-in-national-legislation)

WHO (World Health Organization) (2011) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) in relation to Pandemic (H1N1) 2009: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3350>

WHO (World Health Organization) (2015) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities and on IHR Implementation: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/251717>

WHO (World Health Organization) (2016) *Implementation of the International Health Regulations (2005): Report of the Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response: Report by the Director-General*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252676>

WHO (World Health Organization) (2017) *Joint External Evaluation of the IHR Core Capacities of the Republic of Korea – Mission Report: 28 August – 1 September 2017*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259943>

WHO (World Health Organization) (2021) *Report of the Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response*. <https://www.who.int/publications/m/item/a74-9-who-s-work-in-health-emergencies>

WHO (World Health Organization) (no date) *MERS outbreak in the Republic of Korea, 2015*. <https://www.who.int/westernpacific/emergencies/2015-mers-outbreak>

Yang TU et al (2021) How Lessons Learned from the 2015 Middle East Respiratory Syndrome Outbreak Affected the Response to Coronavirus Disease 2019 in the Republic of Korea. *The Korean Journal of Internal Medicine*, 36(2), pp. 271–85. <https://doi.org/10.3904/kjim.2020.371>

Mer Méditerranée, eaux internationales 2021

À bord du navire Ocean Viking, le médiateur culturel de la Fédération internationale, Abdelfetah Mohamed, apporte un soutien aux survivants secourus en mer. L'équipage de l'Ocean Viking secourt les personnes qui risquent de se noyer puis s'occupe d'elles à bord tandis que le navire les amène en sécurité. Des milliers de personnes se noient chaque année en tentant de fuir la Libye et de traverser la Méditerranée.

© Alexia Webster/IFRC





PERSPECTIVES D'AVENIR

**Conclusion et
recommandations**

CONCLUSION

Développer notre capacité de prévention, de détection et d'action rapide lorsqu'une urgence de santé publique vient s'ajouter à d'autres crises et chocs est une nécessité humanitaire, sociale et économique, et ce, pour deux raisons. Premièrement, ces crises et chocs, notamment les phénomènes météorologiques extrêmes, deviennent de plus en plus fréquents et intenses, et notre capacité de répondre ne serait-ce qu'à ces crises est limitée. Deuxièmement, les conditions de propagation des flambées de maladies contagieuses, à savoir, la croissance de la population, l'urbanisation non planifiée, ainsi que les déplacements et le commerce internationaux continueront de se développer dans un futur prévisible. Nous ne pouvons tout simplement plus nous permettre d'attendre. Nous devons investir dans des systèmes de préparation bien plus solides. Ainsi, nous investirons dans notre avenir.

Cependant, si les données révèlent certains progrès dans le domaine de la réduction des risques de catastrophe, dans le sens où un nombre moins important d'aléas semble se transformer en situation d'urgence, il n'en va pas de même pour la prévention et la préparation aux épidémies et aux pandémies. Malgré de réelles avancées technologiques et épidémiologiques, nous manquons cruellement de systèmes de préparation solides, notamment de systèmes sanitaires renforcés. L'humanité n'était indéniablement pas préparée à faire face à la pandémie de Covid-19. De plus, même les systèmes de préparation les plus avancés ont souvent négligé le rôle et la valeur ajoutée des communautés et des acteurs locaux, un aspect de la riposte que la lutte contre le VIH a clairement mis en évidence.

Les gouvernements et d'autres acteurs doivent à présent prendre des mesures pour garantir que nous serons préparés pour faire face à la prochaine urgence sanitaire.

Comme nous l'avons expliqué dans ce rapport, la préparation, à ne pas confondre avec l'état de préparation, ne constitue pas une simple phase de la riposte. Il s'agit d'un processus et d'un ensemble d'acteurs, de compétences, d'infrastructures et de procédures dont la société a besoin pour prévenir, détecter et combattre plus efficacement et rapidement les crises de santé publique, les épidémies et les pandémies. Il est utile de rappeler ici certains principes de la préparation qui font souvent défaut :

- La préparation doit sortir du cadre de la disponibilité des produits, services et informations médicales et davantage se concentrer sur leur accessibilité. Cela nous permettra de les fournir aux communautés qui en ont le plus besoin et d'encourager leur adoption.
- La préparation va au-delà de la capacité des gouvernements d'appliquer un ensemble classique de procédures opérationnelles en cas d'urgence sanitaire. Elle doit plutôt commencer par les besoins, les vulnérabilités et les forces des communautés, car c'est d'abord à ce niveau que les maladies seront détectées et maîtrisées.

- La préparation dépasse notre capacité d'affronter une seule menace ; dans une époque où un éventail d'aléas et de risques deviennent de plus en plus fréquents et interconnectés, nous devons être préparés à faire face à une multitude de risques. Au niveau local, cela suppose souvent de se doter d'un ensemble de procédures de base communes, de renforcer la sensibilisation au risque, ainsi que l'accessibilité et la localisation des services.
- Enfin, les répercussions des épidémies et des pandémies vont au-delà de la santé physique : elles touchent également, entre autres, les moyens de subsistance, la santé mentale et l'éducation, et engendrent des phénomènes de violence. La préparation consiste à disposer de systèmes et de politiques permettant de faire face à tous ces impacts.

Pour suivre ces principes, la préparation doit être sous-tendue par la **confiance, l'équité et l'action locale**. Ces trois éléments sont cités dans d'autres évaluations de la riposte à la pandémie de Covid-19, mais ils n'ont pas été suffisamment mis en évidence et analysés. Une meilleure compréhension permettrait de renforcer la préparation.

Confiance. À toutes les étapes du processus de gestion des catastrophes, il est crucial de renforcer la confiance des communautés et au sein de ces dernières. Si la valeur de la confiance est aujourd'hui généralement acceptée, les débats à l'échelle mondiale ne se sont pas suffisamment penchés sur la façon de créer cette confiance. Il existe une tendance à supposer que c'est en communiquant davantage ou en luttant contre la désinformation que l'on obtient la confiance et que, par exemple, les gouvernements devraient fournir des informations plus nombreuses ou de meilleure qualité. En fait, renforcer la confiance est un processus bien plus complexe qui nécessite une communication réciproque authentique et de la coordination. Les communautés doivent être intégrées dans toutes les phases de la préparation, notamment dans la conception des mesures et des programmes, et leurs préoccupations doivent être prises en compte. Cela présentera trois avantages concrets : les communautés 1) sauront que leurs préoccupations et leurs priorités comptent ; 2) rencontreront et connaîtront les acteurs de la riposte bien avant la survenue d'une crise ; et 3) comprendront mieux les décisions difficiles, telles que les mesures de santé publique, et y seront plus réceptives.

Équité. Les urgences de santé publique et les autres catastrophes se nourrissent des inégalités existantes et les aggravent, en particulier si les cadres et les politiques en matière de préparation n'incluent pas la société dans son ensemble et ne sont pas coconçus avec les communautés et les acteurs et locaux. L'équité est à présent au cœur des discussions mondiales sur les politiques sanitaires. Cependant, elle n'est souvent abordée que sous l'angle de l'accès aux produits de riposte aux pandémies, tels que les vaccins. Ce point de vue, certes crucial, est trop étroit. Nous devons garantir un accès égal à toute la gamme des mesures sanitaires essentielles, qui comportent notamment les mesures médicales ainsi que l'accès à des services de santé clés. Garantir un accès équitable aux mesures sanitaires nécessite de la proximité, des solutions abordables et la volonté de faire confiance à ces mesures. Premièrement, nous proposons d'y parvenir en renforçant les systèmes de santé communautaire, en accordant aux personnes les plus vulnérables une place prioritaire au sein des cadres politiques et juridiques et en garantissant un accès aux mesures sanitaires, quel que soit le statut juridique de la personne concernée. Deuxièmement, nous pensons que pour que les crises et les chocs n'aggravent pas les inégalités existantes, il est essentiel

de renforcer les systèmes de protection sociale en amont des crises. Troisièmement, nous devons passer plus rapidement à une affectation des financements humanitaires fondée sur les besoins, qui soutient les infrastructures et les capacités locales.

Action locale. La préparation, qui relève fondamentalement de la responsabilité des gouvernements, ne peut être conçue et mise en œuvre dans une approche descendante. Les communautés et les acteurs locaux, qui sont en première ligne de la réponse, devraient non seulement fournir des informations à l'appui des activités de préparation, mais également contribuer à la conception de ces dernières. Malheureusement, souvent, nous ne tirons pas parti de leurs connaissances, de leurs formations et de leurs capacités. Il est nécessaire d'imaginer des façons d'intégrer les communautés et les acteurs locaux dans les systèmes de santé et les programmes de gestion des risques de catastrophes. Les systèmes de santé communautaire offrent cette possibilité en créant un lien entre les communautés et les autorités sanitaires. Pour cela, ils doivent être financés, soutenus et coordonnés avec les systèmes de santé nationaux (il est à noter qu'une gamme d'options juridiques existent à cet effet).



Bangladesh 2021 À l'hôpital du Satkhira Medical College, un volontaire du Croissant Rouge du Bangladesh vient en aide à Subbir Hossain, un patient souffrant d'insuffisance respiratoire suspecté d'être atteint du Covid-19.
© Mir Hossen Roney

Les conséquences de mauvaises décisions et des recommandations pour y remédier

Les constats et les recommandations présentés dans ce rapport apportent des réponses à ce que nous considérons être des lacunes dans la riposte au Covid-19 à ce jour. De plus, alors qu'à l'Assemblée mondiale de la santé s'ouvrent les négociations sur le Règlement sanitaire international et sur un nouvel accord applicable aux pandémies, et au regard des orientations prises par certaines autorités nationales, nous considérons qu'il y a lieu d'être préoccupé. Si l'on ne se penche pas sur ces questions, elles nous amèneront soit à répéter les erreurs du passé, soit à aggraver les inégalités et les tensions existantes.

Dans les trois prochaines sections, nous détaillerons nos trois principaux sujets d'attention, qui sont la confiance, l'équité et l'action locale, et nous verrons comment les aborder. Enfin, nous présenterons trois objectifs mesurables pour les trois prochaines années.

Confiance

Les mesures de contrôle social descendantes, comme les confinements et les passes vaccinaux, lorsqu'elles sont mises en œuvre sans confiance et sans transparence, **conduisent souvent à la polarisation et créent une résistance aux mesures de santé publique.**

De plus, **la confiance ne se bâtit pas uniquement en multipliant les campagnes de communication et en contrant la désinformation. Ces mesures pourraient même être contre-productives** dans des situations de troubles politiques et sociaux, ou de discrimination.

La confiance se crée uniquement au travers de :

- **la proximité** – les gens font confiance à des personnes qu'ils connaissent, comme les acteurs locaux ;
- **l'éducation** – les gens font confiance à ce qu'ils comprennent, grâce à des programmes d'éducation à la santé ;
- **l'écoute** – les gens font confiance aux personnes qui les écoutent et agissent en fonction de leurs préoccupations, comme les spécialistes formés en engagement communautaire qui recueillent et analysent les voix des communautés ;
- **l'accès aux services** – les gens font confiance aux personnes qui répondent à leurs besoins, notamment leurs besoins en santé de base et en protection sociale ;
- **l'appropriation** – les gens font confiance aux mesures qu'ils s'approprient et pour lesquelles ils ont été consultés.
- Point tout aussi important, **bâtir la confiance est un processus qui ne peut attendre la prochaine crise.**

Nous exhortons les gouvernements à promouvoir :



l'appropriation des plans de préparation d'urgence par les communautés — concevoir, mettre en œuvre et évaluer des plans de préparation **pansociétaux et pangouvernementaux**, qui tirent parti des capacités et des connaissances des acteurs et des communautés locaux afin de prévenir, déceler et combattre rapidement les flambées de maladies et les urgences de santé publique ;



l'écoute active des communautés et l'engagement communautaire — créer ou développer à plus grande échelle des **mécanismes de retours d'expérience des communautés pertinents et bilatéraux** qui permettent d'enregistrer les préoccupations, les besoins et les propositions des communautés, de les recueillir et de les analyser afin d'adapter les mesures de santé publique lorsque cela est possible et nécessaire ;



l'accès aux services et aux programmes éducatifs grâce à des systèmes de santé communautaire plus robustes — investir dans des **systèmes de santé communautaire** ou les renforcer. Ces systèmes doivent englober tous les acteurs, infrastructures et services promouvant la santé communautaire, de la fourniture d'informations et de services à la préparation aux situations d'urgences, en passant par des programmes ciblant les déterminants de la santé, notamment les systèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement et les activités de santé mentale et de soutien psychosocial, qui nécessitent un appui solide.

Équité

Se concentrer sur l'offre de produits de riposte à la pandémie sans s'occuper de la demande compromet l'accès à ces produits et leur utilisation par les pays et communautés, en particulier les plus vulnérables et difficiles à atteindre.

La communauté internationale et les autorités nationales devraient promouvoir :



les capacités nationales de distribution de produits de riposte à la pandémie, y compris en s'appuyant sur les acteurs locaux – investir dans la capacité des pays d'entreposer, de transporter et de distribuer ces produits au travers de meilleurs financements, de formations, d'informations préalables et des lois/politiques nécessaires pour faciliter le transport des produits d'un lieu à l'autre et leur distribution. Les contributions des acteurs locaux à ce processus sont essentielles du fait de leur accès aux zones isolées et marginalisées et aux zones touchées par des conflits ;



des financements humanitaires plus souples et prévisibles – lorsque les capacités des gouvernements doivent être complétées par les organisations humanitaires internationales ou par des acteurs locaux reconnus, il convient de réformer les financements humanitaires afin de les rendre plus équitables, prévisibles, souples et accessibles aux acteurs locaux ;



la confiance des communautés et leur intérêt pour les produits de riposte à la pandémie – investir dans des activités de mobilisation communautaire utiles afin de promouvoir l'utilisation de ces produits par les communautés. Ces programmes devraient être complétés par des informations transparentes concernant le calendrier, la méthode et les lieux de distribution, ainsi que sur le choix des produits ;



une répartition équitable et juste des indemnités et des risques de responsabilité, y compris pour les organisations humanitaires, ainsi que des limites à la durée d'exemption d'assurance accordée aux fabricants concernant l'indemnisation et la responsabilité liées aux nouveaux produits ;



l'élaboration et la production de produits de riposte à la pandémie moins coûteux, plus faciles à entreposer et à administrer, et tout aussi efficaces – ces produits sont essentiels pour les pays dépourvus de la capacité d'acheter, d'entreposer ou d'administrer des produits plus coûteux et complexes.

Limiter les débats concernant l'équité à la question de l'accès équitable aux produits de riposte aux pandémies dénote un manque de vision globale. Il existe quantité d'autres mesures importantes et concrètes susceptibles de lever les inégalités en matière de préparation aux pandémies en s'attaquant aux moteurs des flambées de maladie et à l'hétérogénéité de leurs impacts.

La communauté internationale et les autorités nationales devraient promouvoir :



un accès équitable à l'information. Cela inclut l'obligation, pour les pays, de créer des systèmes d'alerte rapide/action précoce pour leur population ;



un accès équitable aux services de santé et de protection sociale du pays. À cet effet, il est impératif de garantir les droits aux contre-mesures sanitaires de base et aux filets de sécurité sociale, quel que soit le statut juridique des personnes ; renforcer les systèmes de protection sociale avant la survenue d'une crise, notamment au moyen d'évaluations conjointes de la vulnérabilité ; et renforcer l'accès local aux services de santé en s'appuyant sur les systèmes de santé communautaire ;



un accès à l'aide humanitaire équitable et fondé sur les besoins. À cet effet, il faudrait moins recourir aux financements humanitaires affectés pour pouvoir fournir à tout moment une aide plus souple, fondée sur les besoins, dans plusieurs pays. Une telle souplesse est essentielle compte tenu des variations considérables dans l'évolution des flambées de maladies ;



la mise en avant de la prévention multi-aléas (primaire, secondaire et tertiaire) et de la préparation. Cette approche contribuera à atténuer ou éviter les conséquences des épidémies et des pandémies sur les personnes les plus vulnérables. Elle permettra aussi de se préparer à la possibilité de crises et de chocs cumulés, comme des crises économiques ou sociales, les phénomènes météorologiques et climatiques et les conflits.

Action locale

Si la gestion des urgences de santé publique incombera toujours au premier chef aux autorités nationales, **les approches trop centralisées et médicalisées de la prévention des pandémies, de la préparation et de la riposte ne permettent pas de prendre en compte toute la complexité que la gestion des situations d'urgence présente au niveau local.**

Cette complexité se manifeste par une variété de facteurs de risque et de moteurs des maladies ; les répercussions sociales, économiques et physiques/mentales imprévisibles de ces dernières ; et l'attitude des gens face aux mesures et aux risques de santé publique.

De plus, **ne pas inclure les autres acteurs et ne pas tirer parti des connaissances et des capacités locales ni les soutenir peut rapidement conduire à une surcharge dans les services et les systèmes publics.**

Dans ce domaine, les autorités nationales peuvent :



reconnaître les acteurs locaux établis et formés et les intégrer dans les systèmes nationaux de santé et d'urgence, qui couvrent la conception, la mise en œuvre et le suivi des **plans nationaux multi-aléas de préparation aux situations d'urgence et des cadres juridiques** ; et reconnaître leurs **contributions au renforcement des systèmes de santé, en particulier des systèmes de santé communautaire** (dans ce cas, nous faisons référence aux approches telles que le transfert de tâches non médicales mais liées à la santé aux acteurs locaux formés) ;



accorder aux acteurs locaux formés et établis les protections et les facilités juridiques dont ils auront besoin pour réaliser leurs tâches, à savoir, un accès prioritaire aux équipements de protection individuelle (EPI) et aux produits de riposte à la pandémie ; des exemptions aux règles sur le déplacement des biens et des intervenants, en leur qualité de garants de la santé publique ; et le soutien financier, la formation et la supervision dont ils ont besoin pour atteindre le niveau requis de qualité, de vie et de sécurité ;



œuvrer avec les communautés à la conception, à la mise en œuvre et au suivi des **plans nationaux de préparation aux situations d'urgence** à des fins de prévention, d'intervention précoce et de riposte.

Objectifs mesurables pour les trois prochaines années

La prochaine pandémie pourrait être imminente : après l'expérience du Covid-19, il faut absolument accélérer nos efforts en matière de préparation.

1

D'ici à 2023, tous les pays devraient avoir mis à jour leurs **plans de préparation aux pandémies et avoir passé en revue la législation connexe afin d'y déceler les mises à jour éventuellement requises.**

- Les plans devraient prévoir des mesures concrètes de renforcement de l'équité, de la confiance et de l'action locale.
- Les examens législatifs devraient également se pencher, entre autres, sur la nécessité d'adopter une approche globale de la riposte aux crises et de définir clairement les rôles et les responsabilités ; les besoins des acteurs locaux établis en équipements de protection individuelle ; et la nécessité de les exempter de façon appropriée des restrictions de mouvement.

2

D'ici à 2024, les pays devraient avoir **adopté un nouveau traité et révisé le Règlement sanitaire international**, lequel énoncera des obligations concrètes et mesurables pour :

- renforcer l'équité et la confiance ;
- promouvoir une meilleure gouvernance juridique nationale et internationale des pandémies ;
- investir dans la gamme de services et de contributions que peuvent fournir les acteurs locaux établis et/ou les communautés, et les soutenir.

3

D'ici à 2025, **les budgets destinés à la santé nationale devraient avoir augmenté de 1 % du PIB du pays, et ceux destinés à la santé mondiale d'au moins 15 milliards de dollars É.U. par an** ([G20, 2021](#) ; [WHO, 2019](#)).

- Une proportion bien plus importante encore des financements mondiaux destinés à la santé publique et aux actions humanitaires doit également être dirigée vers le **niveau local et communautaire.**
- Les financements mondiaux doivent être **plus prévisibles et souples**, pour permettre des actions plus efficaces et fondées sur les besoins.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

G20 (2021) *A Global Deal for Our Pandemic Age: Report of the G20 High Level Independent Panel on Financing the Global Commons for Pandemic Preparedness and Response*. <https://pandemic-financing.org/report/>

WHO (2019) *Countries must invest at least 1% more of GDP on primary health care to eliminate glaring coverage gaps*. <https://www.who.int/fr/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>



Népal 2022 Un membre du personnel de la Croix-Rouge du Népal administre une dose de vaccin contre le Covid-19 au sein de l'unité de vaccination de la Société nationale à Katmandou.
© Tsering Lama

Venezuela 2022 Au Venezuela, suite à de fortes pluies, plus de 150 000 personnes ont été touchées par des glissements de terrain et des inondations dans plusieurs États. Au vu des dégâts causés aux infrastructures locales, des habitations détruites et des pertes de récoltes dans les zones rurales, les autorités ont déclaré l'état d'urgence. Deux opérations financées par le Fonds d'urgence pour l'intervention en cas de catastrophe ont été lancées sous la forme d'activités dans les domaines suivants : secours rapides, accès à un logement, moyens de subsistance et besoins de base, santé, santé mentale et soutien psychosocial, eau, assainissement et hygiène, et questions liées à la protection, au genre et à l'inclusion. © Croix-Rouge vénézuélienne

TENDANCES EN MATIERE DE CATASTROPHES





**Ce que les données
nous apprennent**

Table des matières

Introduction Le Covid-19 éclipse toutes les catastrophes récentes	231
8.1 Les catastrophes en 2020 et en 2021	233
8.2 À l'échelle mondiale, des catastrophes plus fréquentes	242
8.3 Des catastrophes de plus en plus souvent concomitantes	249
Conclusions	260

INTRODUCTION

LE COVID-19 ÉCLIPSE TOUTES LES CATASTROPHES RÉCENTES

Que ce soit par le nombre de personnes touchées, par le nombre de personnes décédées – directement ou indirectement – ou par son impact économique, la pandémie de Covid-19 se distingue comme une catastrophe mondiale exceptionnelle. Au 27 octobre 2022, on recensait plus de 625 millions de cas de la maladie et le nombre de décès confirmé s'élevait à 6,5 millions ([WHO, non daté](#)). Ces pertes énormes se sont produites en moins de trois ans. De plus, ces chiffres sont probablement sous-estimés, les données communiquées étant lacunaires. Certaines études ont tenté d'estimer le nombre véritable de décès en examinant les chiffres de la surmortalité, qui sont plus complets. Si la part d'incertitude demeure importante, toutes indiquent un nombre de décès plus élevé. Par exemple, le nombre officiel de décès pour 2020 s'élevait à un peu plus de 1,8 million, mais certaines estimations évoquent 3 millions ([WHO, 2022](#)). De même, les estimations ressortant d'une analyse réalisée en 2022 comptabilisent 18,2 millions de décès entre le 1er janvier 2020 et le 31 décembre 2021, alors que le chiffre officiel est de 5,94 millions ([COVID-19 Excess Mortality Collaborators, 2022](#)). Il est en outre impossible d'arrêter le nombre de décès définitif, la pandémie n'étant pas terminée.

Par ailleurs, la pandémie se déroule en présence d'autres aléas dont beaucoup ont également causé des catastrophes. La Fédération internationale a analysé des données complètes concernant la période 2020-2021, durant laquelle 709 catastrophes ont été déclenchées par des aléas naturels, causant près de 30 000 décès et touchant 220 millions de personnes. L'année 2021 à elle seule compte 378 catastrophes déclenchées par des aléas naturels, dont la majorité étaient des catastrophes climatiques et météorologiques (voir section 8.2.1).

Quel que soit le paramètre étudié, la pandémie de Covid-19 est bien plus importante que tout autre catastrophe unique survenue en 2020 et 2021. Le nombre annuel de décès causés par cette maladie est deux fois plus important que celui des décès causés par toutes les autres catastrophes dans le monde. En effet, aucune autre catastrophe du 21^e siècle non due à un conflit ne s'est déployée avec la même ampleur (voir Résumé) et le nombre de vies perdues n'avait pas été aussi élevé depuis la Deuxième Guerre mondiale (voir Introduction).

Dans ce chapitre, nous allons d'abord examiner les catastrophes qui se sont produites en 2020 et en 2021. Nous les replacerons ensuite dans le contexte des tendances à long terme en matière de catastrophes, en particulier pour mettre en lumière la proportion grandissante des catastrophes climatiques et météorologiques, et le risque croissant de flambées de maladies. En raison de cette hausse du nombre de catastrophes, il est de plus en plus courant que celles-ci se chevauchent dans le temps et dans l'espace. C'est pourquoi dans la dernière section, nous examinerons ce qu'il se passe lorsque de multiples catastrophes se produisent simultanément ou en succession rapide.

Le lourd tribut humain du Covid-19

14 577 décès
dus à des catastrophes
en 2021

3 529 949 décès
dus au Covid-19 en 2021

Covid-19

83 millions de cas en 2020
1,9 millions de morts en 2020

204,7 millions de cas en 2021
3,5 millions de morts en 2021

Catastrophes

99 millions de personnes touchées en 2020
15 396 morts en 2020

121,3 millions de personnes touchées en 2021
14 577 morts en 2021

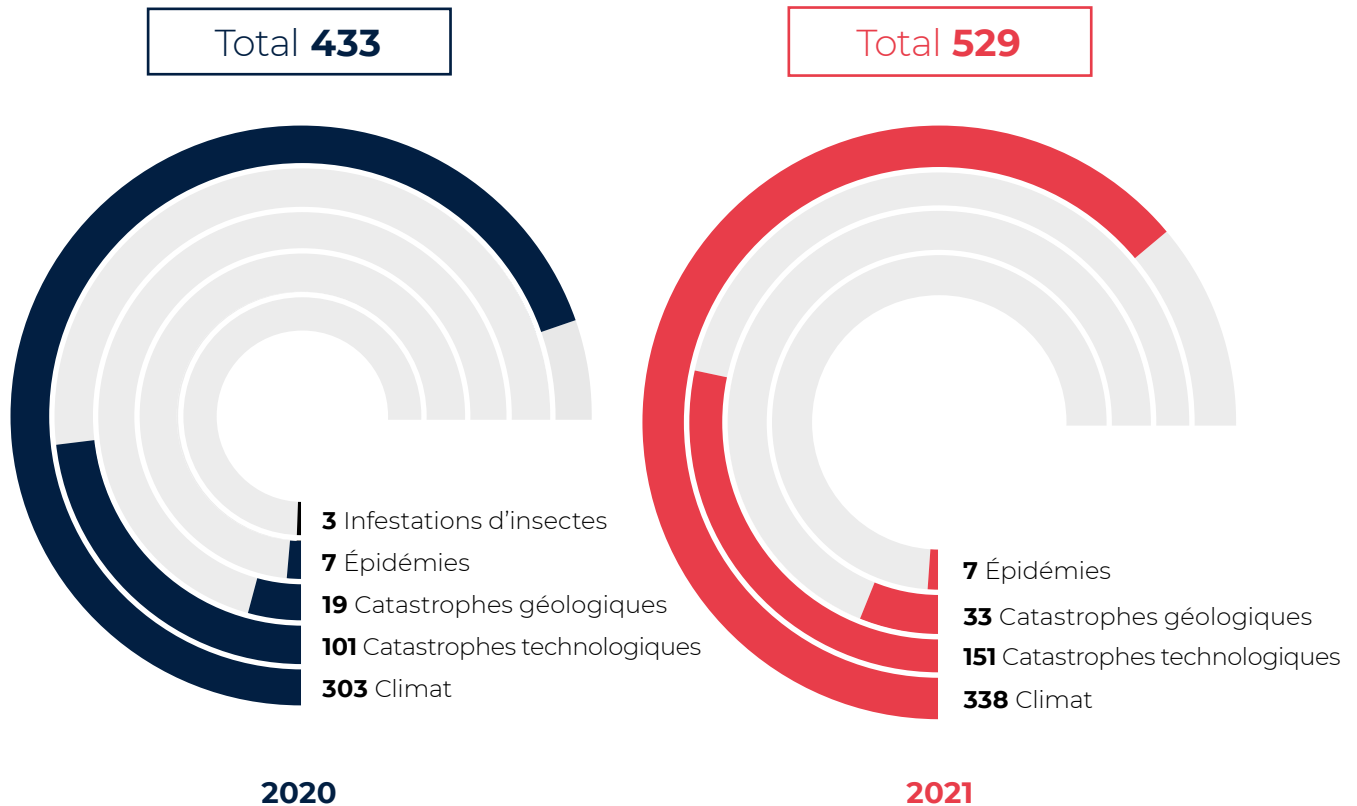
Sources: EM-DAT, OMS

Remarques : Tous les types de catastrophes enregistrés dans EM-DAT sont inclus. Les données relatives aux situations de conflit ne figurent pas dans EM-DAT.

8.1 LES CATASTROPHES EN 2020 ET EN 2021

Les années 2020 et 2021 ont été dominées par la pandémie de Covid-19, mais la base EM-DAT sur les catastrophes internationales ne recense pas les données à ce sujet (ni sur de nombreuses autres flambées de maladies). En termes numériques, les catastrophes climatiques ont été plus fréquentes durant ces deux années, dépassant de loin les catastrophes géologiques ou celles causées par les technologies humaines. Cela confirme une tendance en cours (voir section 8.2.1).

Figure 8.1 : Les catastrophes en 2020 et 2021, réparties par type

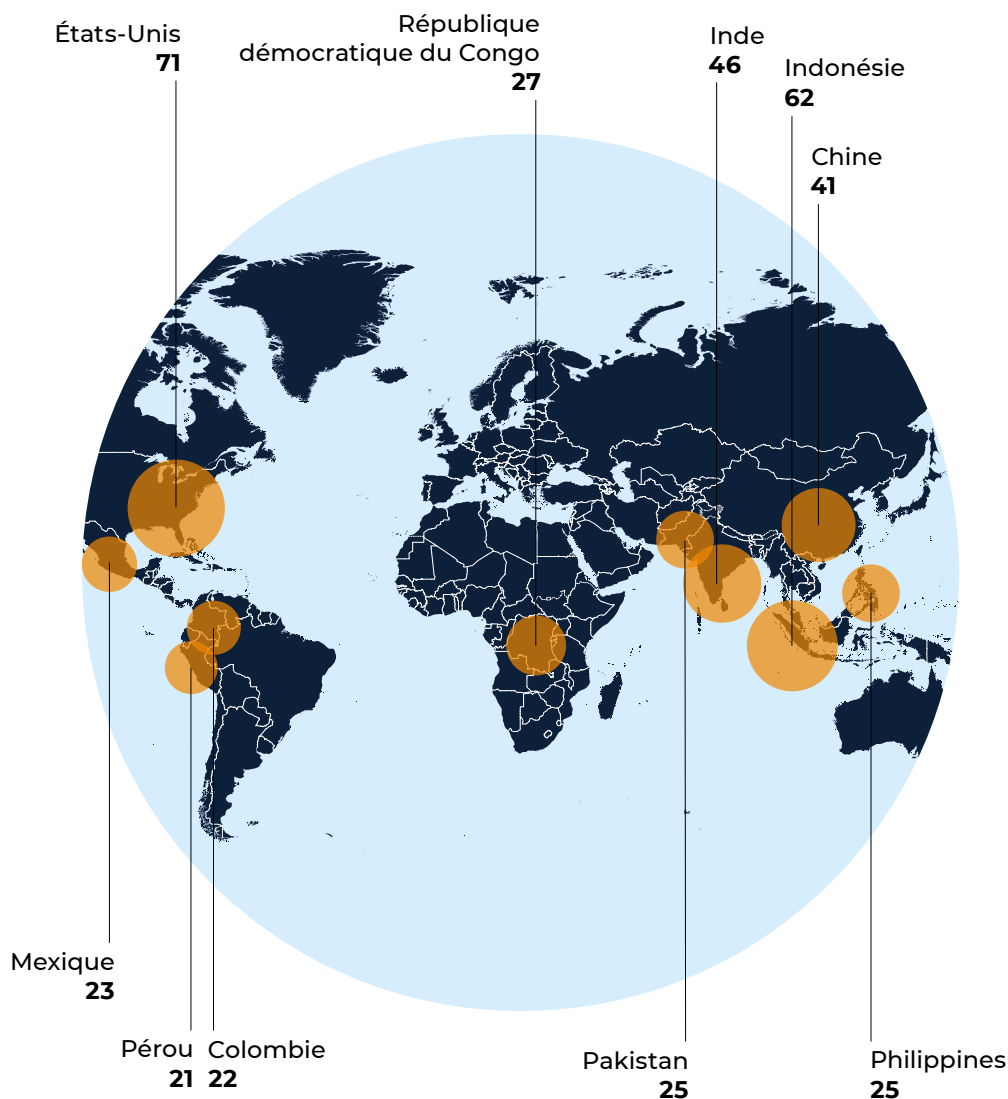


Source : EM-DAT

Remarques : Cette analyse couvre les catastrophes technologiques et les catastrophes déclenchées par des aléas naturels, mais pas la pandémie de Covid-19.

La répartition des catastrophes qui se sont produites en 2020 et 2021 n'est pas homogène partout dans le monde. Dans certains pays, elles ont été considérablement plus nombreuses que dans d'autres (voir Figure 8.2). Ailleurs, ce sont les personnes touchées et/ou décédées qui ont été plus nombreuses (voir Figures 8.3 et 8.4). Si l'on s'en réfère au nombre de catastrophes enregistrées, ce sont les États-Unis qui détiennent le record, mais il s'agit probablement là d'un artefact, ce pays recueillant des données très complètes, contrairement à d'autres. La majorité de ces catastrophes étaient climatiques et météorologiques.

Figure 8.2 : Les dix pays ayant connu le plus grand nombre de catastrophes en 2020 et 2021.

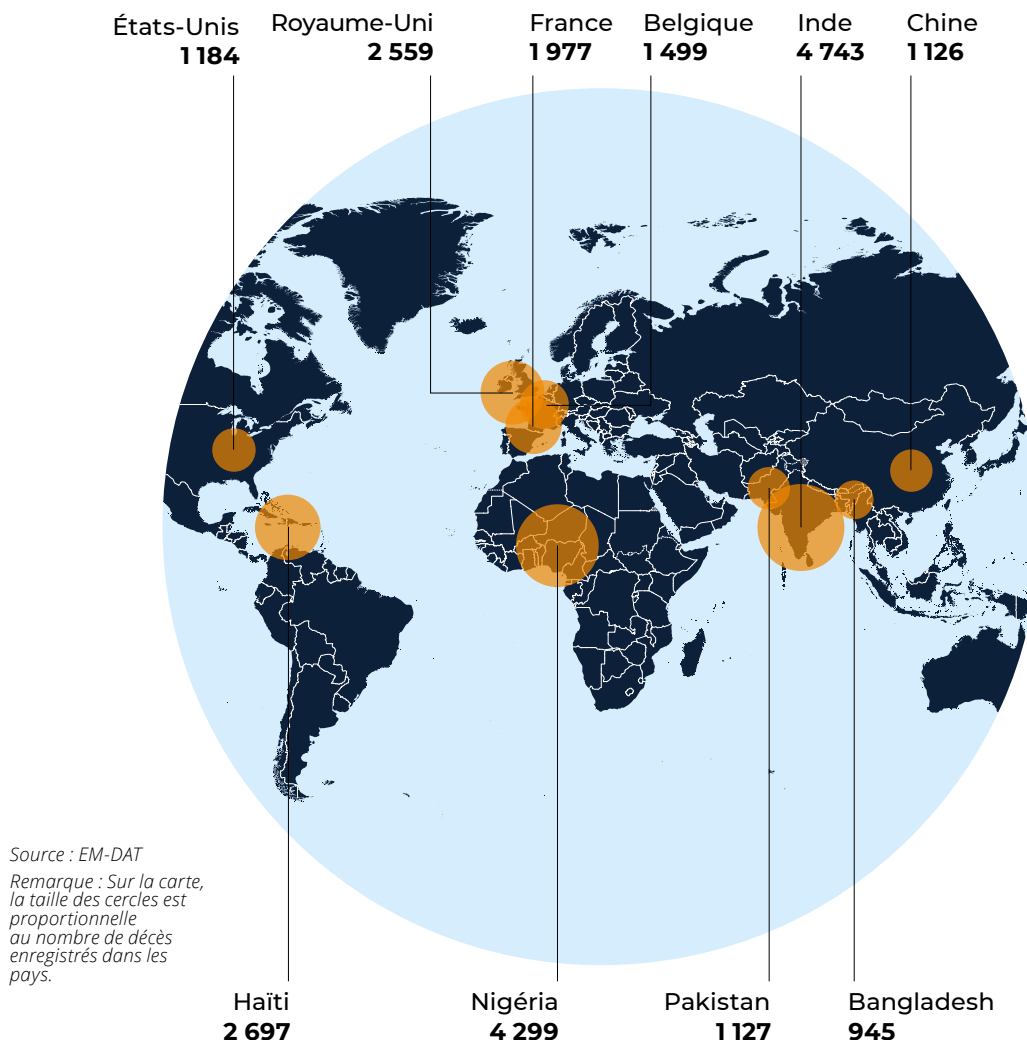


Source : EM-DAT

Remarque : Sur la carte, la taille des cercles est proportionnelle au nombre de catastrophes qu'ont connu les pays.

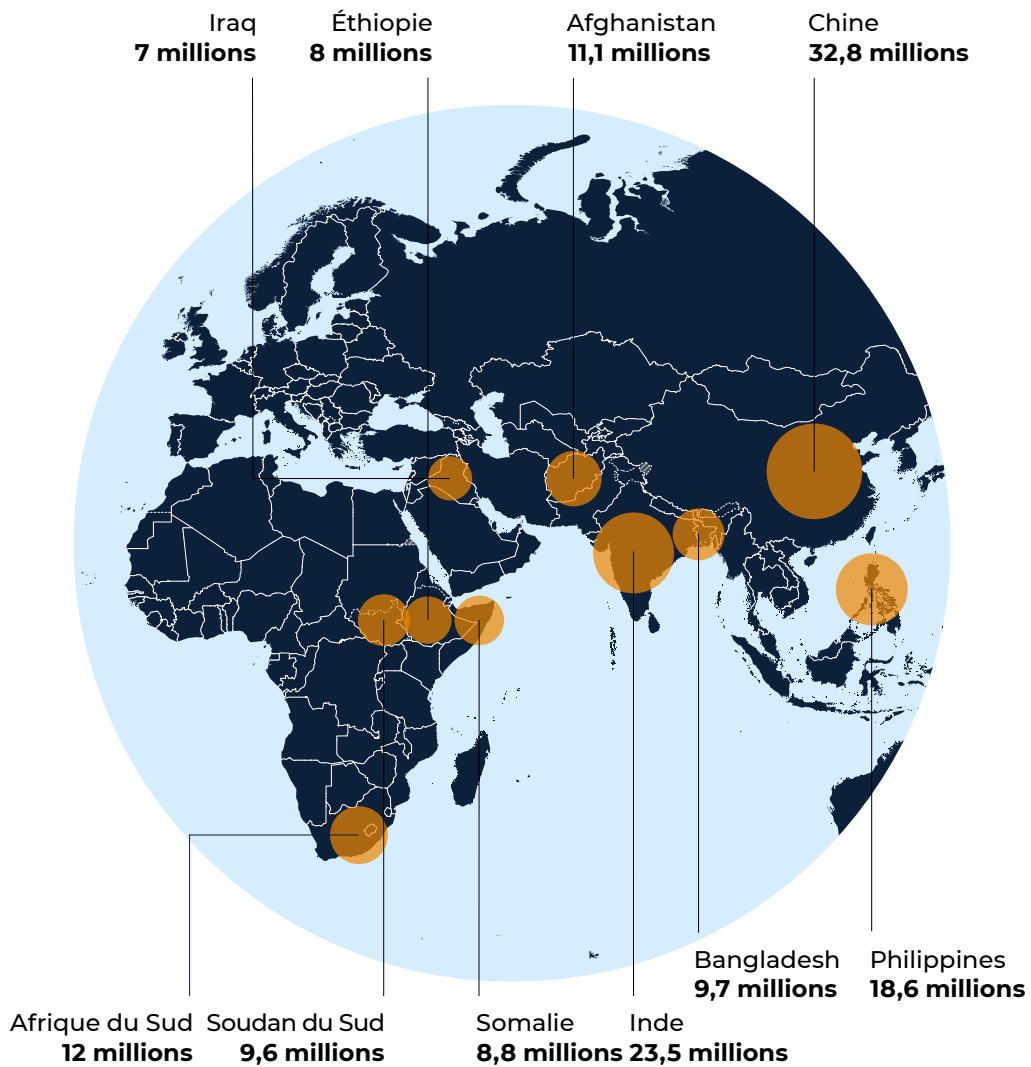
Une image plus claire des conséquences des catastrophes en 2020 et 2021 se dégage de l'observation des pays comptant le nombre le plus élevé de décès enregistrés dus à des catastrophes. Parmi les dix premiers pays de ce classement figurent certaines des nations les plus peuplées, telles que l'Inde et la Chine. Le nombre élevé de décès dans ces pays s'explique probablement par le nombre élevé de personnes exposées et à risque, plutôt que par la gravité des aléas. Dans le même temps, Haïti a été lourdement touchée par un tremblement de terre de magnitude 7,2 le 14 août 2021 ([USGS EHP, non daté](#)). Cet épisode a été la catastrophe due à un aléa naturel la plus mortelle de 2021, en partie à cause de la violence du tremblement de terre et en partie à cause de la faible résilience de nombreuses communautés dans ce pays. Ailleurs, trois pays européens (Royaume-Uni, France et Belgique) ont été gravement touchés par des vagues de chaleur, mais il est probable que les décès attribuables à cette cause dans de nombreux autres pays soient sous-déclarés. Enfin, le Nigéria a connu une flambée de choléra qui s'est étendue d'août à décembre 2021 et a causé 3 604 décès ([ReliefWeb, non daté](#)).

Figure 8.3 : Les dix pays comptant le nombre le plus élevé de décès dus à des catastrophes en 2020 et 2021



Si l'on observe les pays comptant le plus grand nombre de personnes touchées, un groupe un peu différent de pays se détache. La Chine et l'Inde figurent en tête de ce classement en 2020 et 2021, en partie en raison du nombre élevé d'habitants exposés aux aléas. Les pays dont les habitants ont été les plus touchés ont soit été frappés par plusieurs phénomènes (plusieurs épisodes d'inondation en Chine, plusieurs tempêtes en Inde et aux Philippines) ou par un phénomène de longue durée (sécheresse en Afrique du Sud et en Afghanistan). Dans ces pays, aucune catastrophe soudaine n'a produit à elle seule le plus grand impact en termes de population touchée.

Figure 8.4 : Les dix pays comptant le plus grand nombre de personnes touchées par des catastrophes en 2020 et 2021



Source : EM-DAT

Remarque : Sur la carte, la taille des cercles est proportionnelle au nombre de personnes touchées dans les pays.

8.1.1 Dans certains pays, près de la totalité de la population a été touchée par des catastrophes en 2020 et 2021

Certains pays sont touchés de façon disproportionnée par les catastrophes. C'est ce que révèle le nombre de personnes touchées par habitant, c'est-à-dire la proportion de la population totale touchée sur une année donnée. Presque tous les habitants de São Tomé-et-Príncipe ont été touchés par des catastrophes climatiques ou météorologiques en 2020 et 2021.

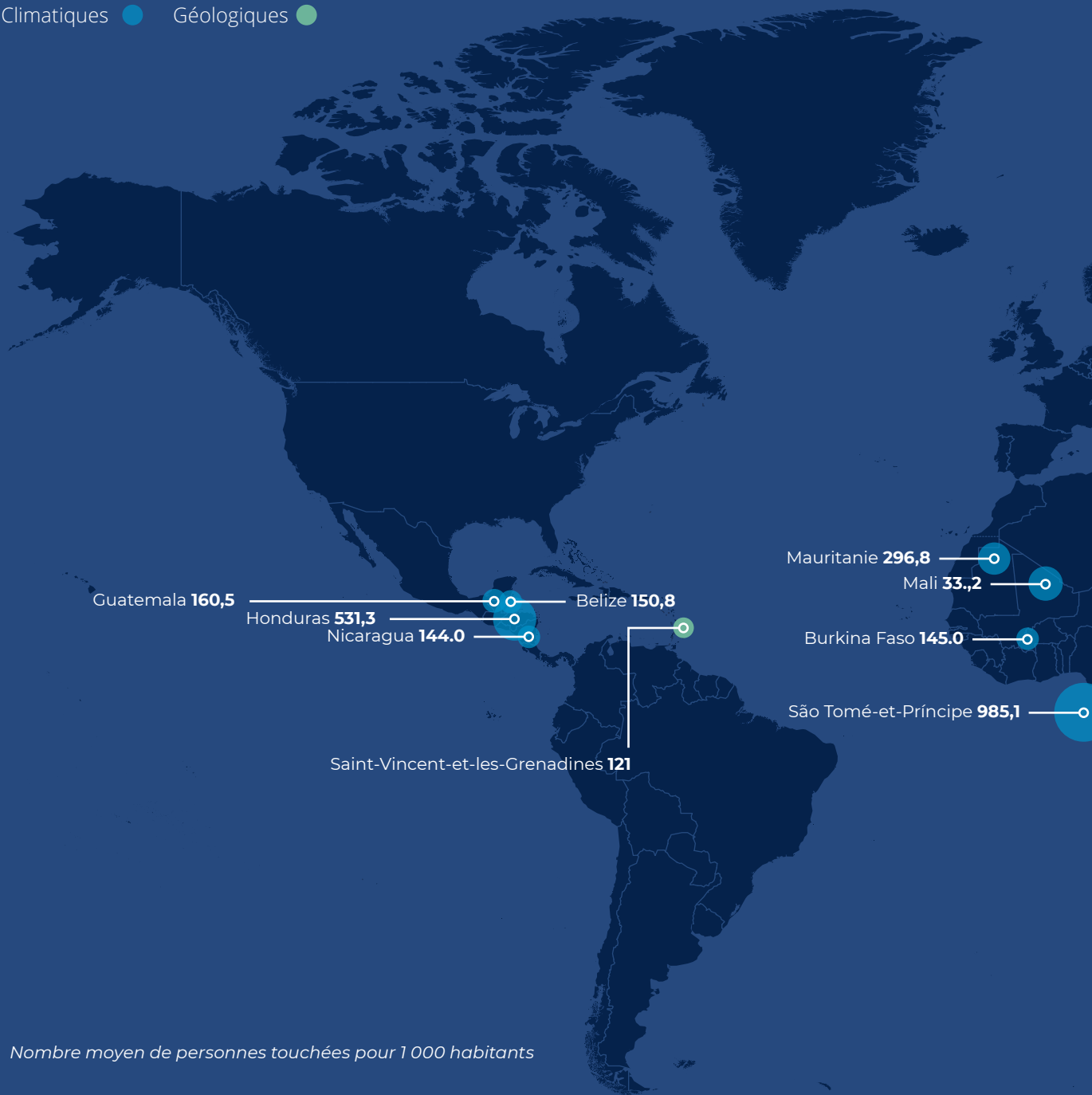
Une certaine incertitude entoure ces chiffres, car dans les pays ayant connu plusieurs catastrophes, certaines personnes pourraient avoir été comptabilisées deux fois, ce qui gonfle artificiellement la proportion de la population enregistrée comme touchée.

Sur les pays ayant enregistré la proportion la plus élevée de population touchée par habitant, les plus touchés ont été les petits États insulaires en développement ([UNESCO, non daté](#)), en particulier ceux du Pacifique. Trois des cinq pays les plus touchés par habitant appartenaient à ce groupe, et ce chiffre s'élève à quatre dans le classement des dix pays les plus touchés. Les dix pays les plus touchés le sont tous en raison de catastrophes climatiques. Trois d'entre eux subissent également des conflits : la Somalie, le Soudan du Sud et le Mali, classés respectivement en deuxième, troisième et quatorzième positions dans l'indice des États fragiles ([Fragile States Index, non daté](#)).

Dans la majorité de ces pays, le taux élevé de population touchée par habitant est uniquement dû à des catastrophes climatiques et météorologiques. Seul le 23^e pays de ce classement se trouve à cette position en raison de facteurs contributeurs supplémentaires : Saint-Vincent-et-les-Grenadines, également touché par les éruptions volcaniques de la Soufrière en 2021.

Figure 8.5 : Pays ayant la proportion la plus élevée de leur population touchée par des catastrophes en 2020 et 2021

Climatiques ● Géologiques ●



Nombre moyen de personnes touchées pour 1 000 habitants

Source : EM-DAT

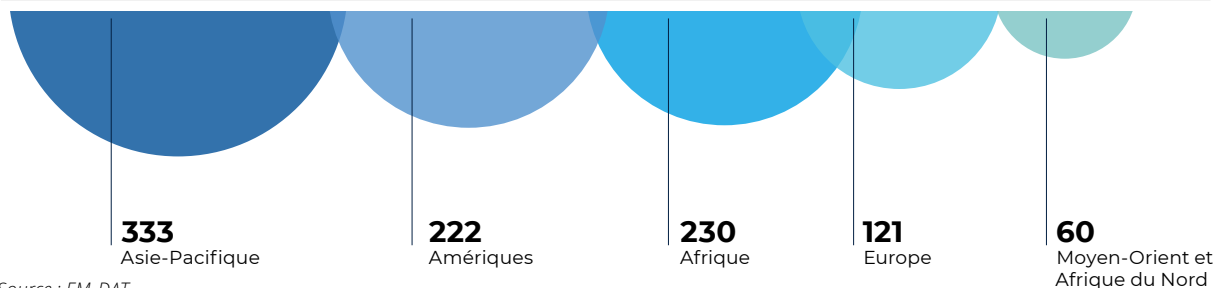
Remarques : La proportion de personnes touchées est donnée sur 1 000 personnes. Sur la carte, la taille des cercles est proportionnelle à la proportion de population touchée dans les pays. La couleur des cercles reflète le(s) type(s) de catastrophe(s) prédominant(s) par pays.



8.1.2 La région Asie-Pacifique est la plus gravement touchée par les catastrophes

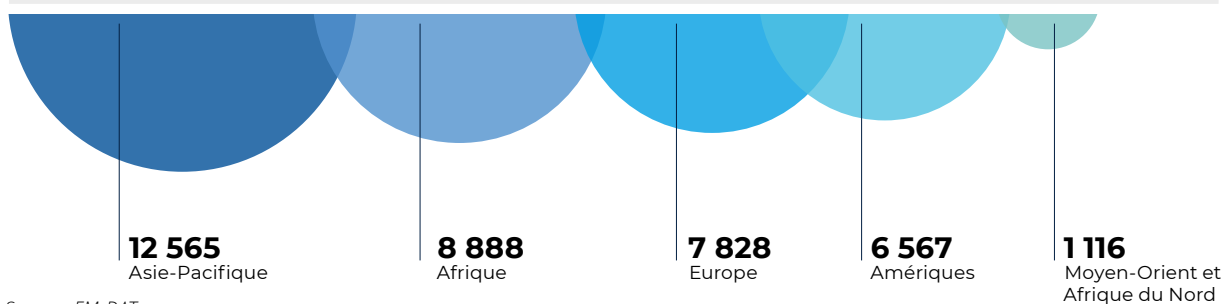
Sur les cinq régions du monde telles que reconnues par la Fédération internationale, l'Asie-Pacifique est la plus gravement touchée par les catastrophes en 2020 et 2021. Cette conclusion est confirmée par trois mesures différentes : le nombre le plus élevé de catastrophes, le nombre le plus élevé de décès et le nombre le plus élevé de personnes touchées.

Figure 8.6 : Nombre de catastrophes en 2020-2021, par région



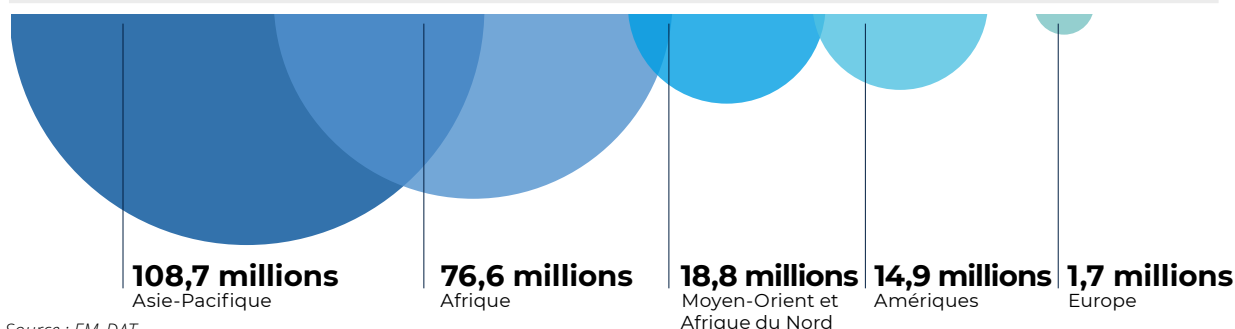
Source : EM-DAT

Figure 8.7 : Nombre de décès dus à des catastrophes en 2020-2021, par région



Source : EM-DAT

Figure 8.8 : Nombre de personnes touchées par des catastrophes en 2020-2021, par région



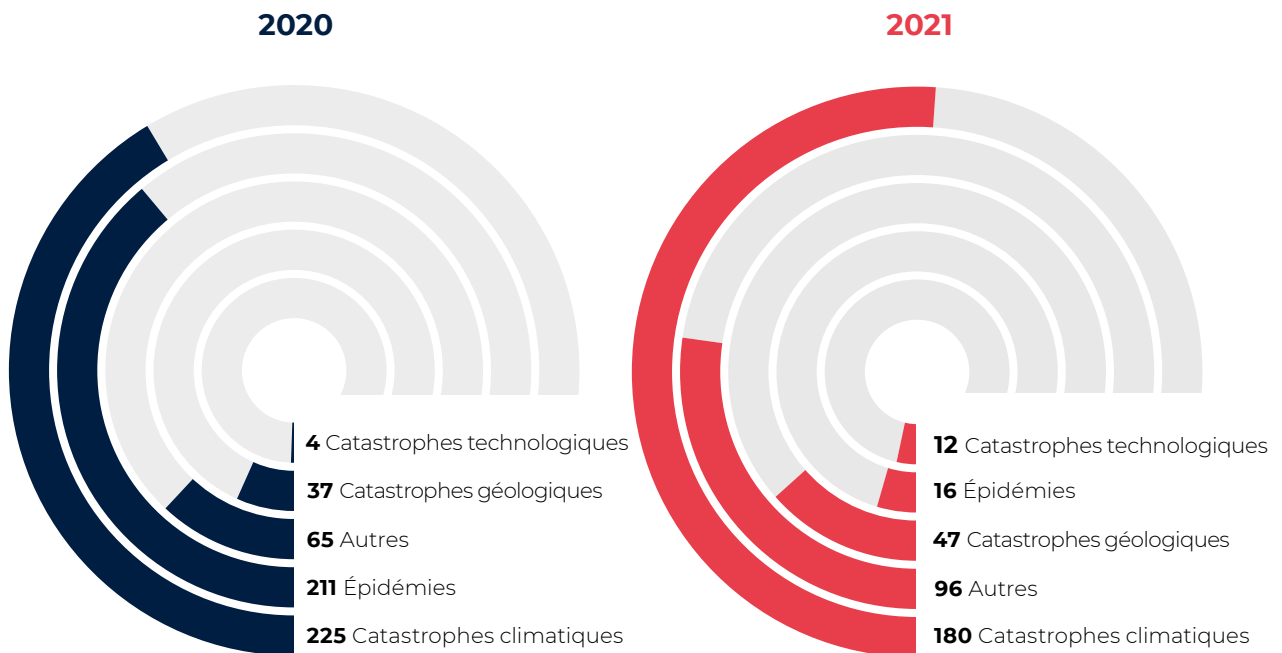
Source : EM-DAT

8.1.3 Interventions d'urgence de la Fédération internationale en 2020 et en 2021

Étant donné le nombre élevé de catastrophes en 2020 et 2021, tel qu'enregistré dans la base EM-DAT, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont intervenues dans de nombreuses situations d'urgence. Ces données proviennent de la base de données en ligne GO de la Fédération internationale. Bien que ses catégories ne correspondent pas de façon précise à celles de la base EM-DAT, certaines similarités apparaissent. La base de données EM-DAT sur les catastrophes et la base de données sur les situations d'urgence de la Fédération internationale indiquent toutes deux un nombre élevé d'aléas climatiques.

Le nombre d'urgences ayant donné lieu à des interventions était moins élevé en 2021 qu'en 2020, une baisse principalement due à une diminution du nombre d'urgences épidémiques. La raison de cette évolution n'est pas claire, mais elle ne peut pas simplement être attribuée au fait que le Covid-19 était en partie maîtrisé en 2021 du fait des campagnes de vaccination. Même en enlevant les cas de Covid-19 des données, cette baisse demeure. Quoi qu'il en soit, rien n'incite à penser que cela représente le début d'un déclin à long terme, le nombre de flambées de maladies ayant toujours fortement varié d'une année à l'autre.

Figure 8.9 : Les situations d'urgence ayant donné lieu à des interventions de la Fédération internationale en 2020 et 2021, par type de catastrophe



Source : IFRC GO

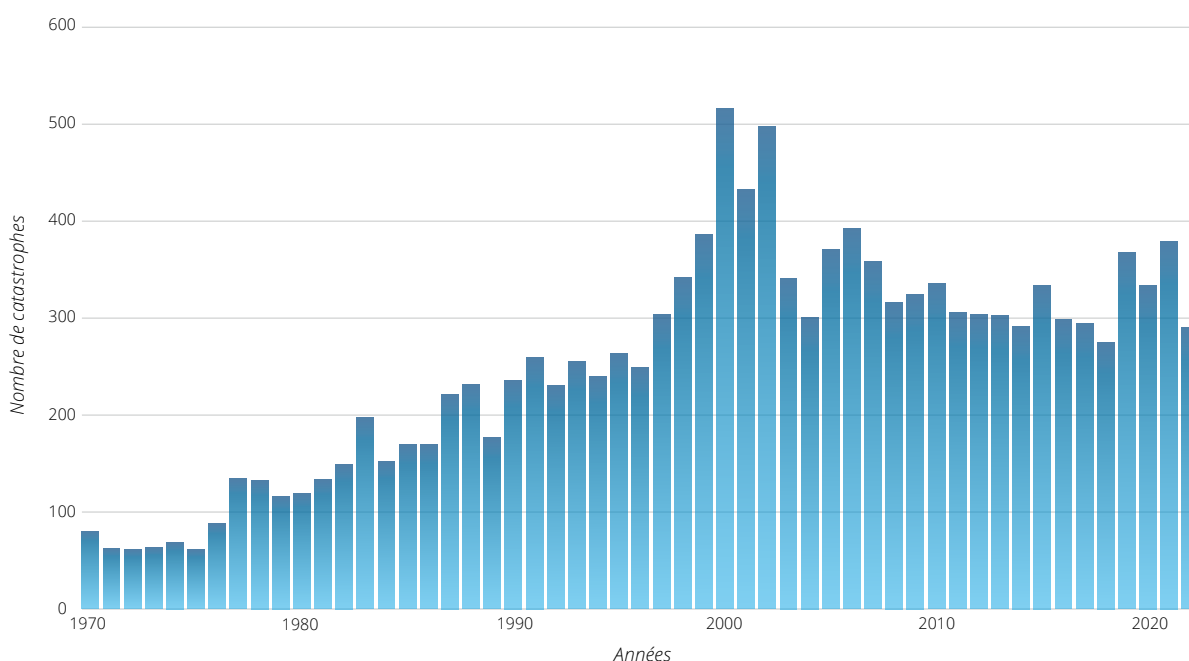
Remarques : La catégorie « catastrophes climatiques » inclut les cyclones, les incendies, les vagues de chaleur, les vagues de froid, les épisodes de sécheresse, les inondations, les ondes de tempête, et les inondations pluviales et les crues soudaines. La catégorie « autres » intègre l'insécurité alimentaire, les mouvements de population, les troubles civils et les situations d'urgence complexes.

8.2 À L'ÉCHELLE MONDIALE, DES CATASTROPHES PLUS FRÉQUENTES

Depuis 1970, le nombre annuel moyen de catastrophes déclenchées par des aléas naturels augmente. Cette tendance est visible malgré une variabilité importante d'une année à l'autre.

Il convient de souligner que cet ensemble de données ne couvre pas la pandémie de Covid-19 et ne contient pas non plus de liste complète des autres catastrophes épidémiologiques, certaines n'étant pas enregistrées dans la base EM-DAT. Il est difficile de comparer les flambées de maladies à d'autres catastrophes, en particulier lorsqu'elles se propagent à l'échelle mondiale, comme le Covid-19. Par exemple, si les pandémies étaient comptabilisées comme une seule catastrophe prolongée, cela n'engendrerait pas de différence visible sur les tendances globales illustrées dans le graphique, alors qu'en réalité, il s'agit de la plus grande catastrophe que l'humanité ait connue au cours de cette période.

Figure 8.10 : Nombre de catastrophes déclenchées par des aléas naturels enregistrées à l'échelle mondiale, par année, de 1970 à 2021



Source : EM-DAT

Remarques : Les épidémies, y compris celle de Covid-19, ne sont pas incluses dans l'ensemble de données. Les situations de conflit ne sont pas non plus prises en compte.

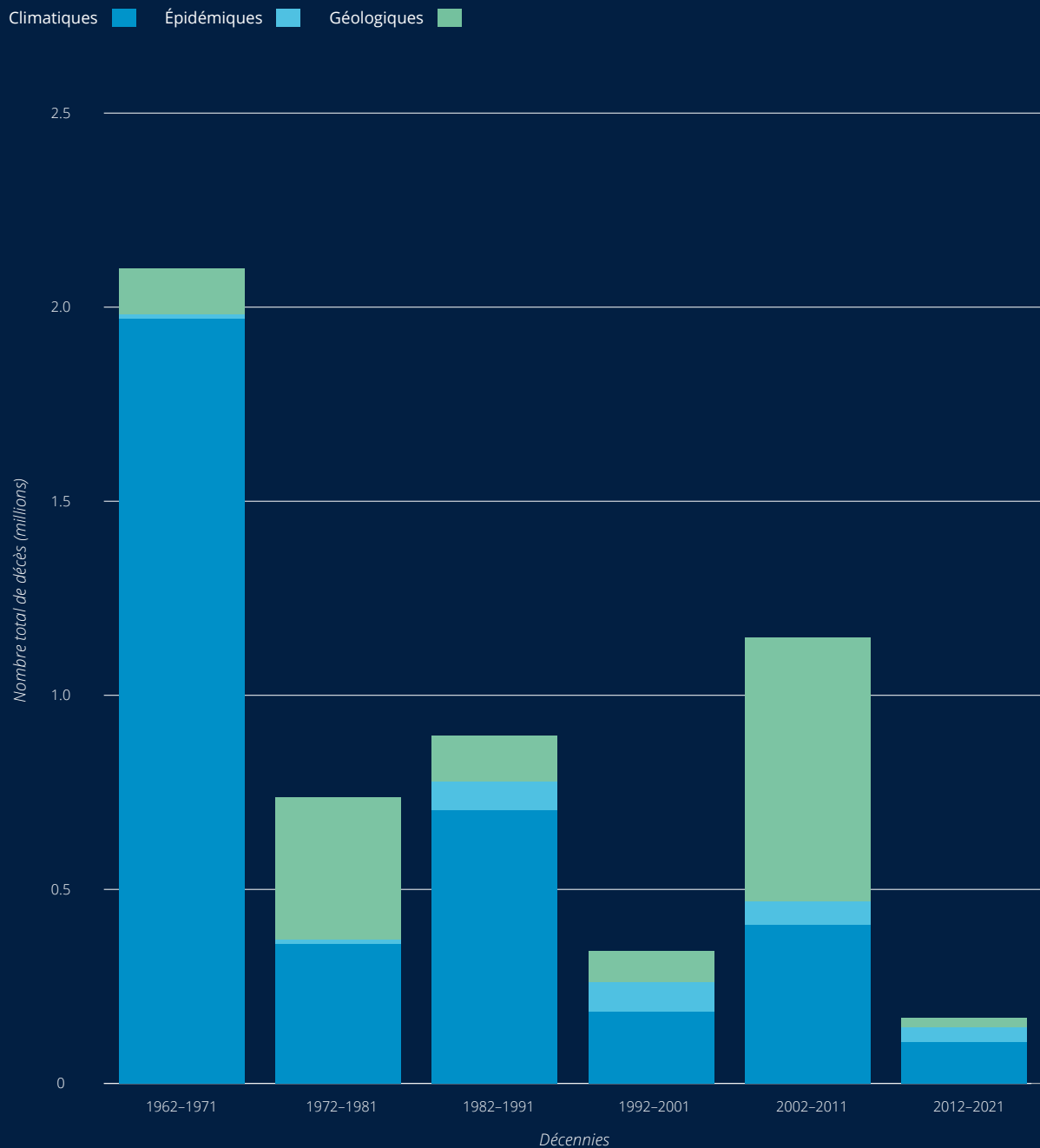
Le nombre moyen de catastrophes semble avoir légèrement baissé au cours de la dernière décennie (2012–2021). Les raisons de cette tendance ne sont pas claires et plusieurs explications sont possibles. Elle pourrait en partie être due à une amélioration de la gestion des risques de catastrophe, qui a permis de renforcer la résilience de certaines communautés face aux aléas naturels (Formetta and Feyen, 2019). Dans le même ordre d'idée, la section suivante présente des éléments attestant un déclin similaire du nombre de décès dus à des catastrophes, également attribuable à une meilleure gestion des risques. Alors que les changements climatiques et d'autres facteurs contribuent à accroître la fréquence et la gravité de certains aléas naturels, l'amélioration de la gestion des risques de catastrophe pourrait réduire le nombre d'aléas qui se traduisent en catastrophes. Cette interprétation est séduisante, mais il ne s'agit probablement pas de la seule explication. Une meilleure gestion des risques de catastrophe permettrait de réduire les conséquences des phénomènes, mais il est peu vraisemblable que ceux-ci ne soient pas signalés sauf peut-être dans le cas de petits phénomènes. De plus, d'autres explications possibles ne peuvent être écartées. Par exemple, l'apparente baisse du nombre de catastrophes pourrait être liée à des questions de déclaration, notamment à la sous-déclaration des catastrophes de faible envergure, ainsi qu'à des biais en faveur de phénomènes se produisant dans les pays à revenus élevés (voir Chapitre 5). Enfin, des effets stochastiques et le hasard pourraient également être à l'œuvre. Les aléas climatiques étant la principale cause de catastrophes, les cycles pluriannuels du système climatique tels que l'oscillation nord-atlantique et l'oscillation australe El Niño ont probablement des incidences sur la fréquence d'aléas tels que les inondations et les épisodes de sécheresse (Emerton et al, 2017 ; Najibi and Devineni, 2018). Par convention, les climatologues ont besoin de données s'étalant sur plusieurs décennies pour démontrer une réelle tendance à long terme ; une baisse d'une décennie à l'autre ne constitue pas une preuve définitive de déclin.

Il est possible que ces trois facteurs (amélioration de la gestion des risques, données lacunaires et cycles climatiques à court terme) soient en jeu. Quelle que soit la véritable explication, la dernière décennie compte malgré tout un nombre très élevé de catastrophes par rapport aux soixante dernières années.

En revanche, selon la base EM-DAT, le nombre total de décès à l'échelle mondiale dus à des catastrophes est en baisse depuis les années 60. Cette tendance se vérifie malgré le nombre croissant de personnes exposées à des aléas climatiques et météorologiques et à l'augmentation de la gravité et de la fréquence des aléas (Irfan, 2022). L'un des facteurs majeurs de la baisse de la mortalité réside dans l'amélioration des prévisions météorologiques – et donc des systèmes d'alerte rapide – et dans des évacuations et des opérations de sauvetage vitales plus efficaces (WMO, 2021).

Cependant, l'examen des données par décennie indique que le déclin le plus important s'est produit des années 60 aux années 70, en raison d'une diminution significative du nombre de décès dus à des catastrophes climatiques. Depuis, aucune tendance claire ne se dégage. De plus, l'ensemble de données n'intègre pas des 5,9 millions de décès dont la cause confirmée est le Covid-19 en 2020 et 2021, qui gonfleraient fortement la moyenne pour la période allant de 2012 à 2021.

Figure 8.11 : Nombre total de décès dus à des catastrophes enregistrés dans le monde par décennie et par type de catastrophe



Source : EM-DAT

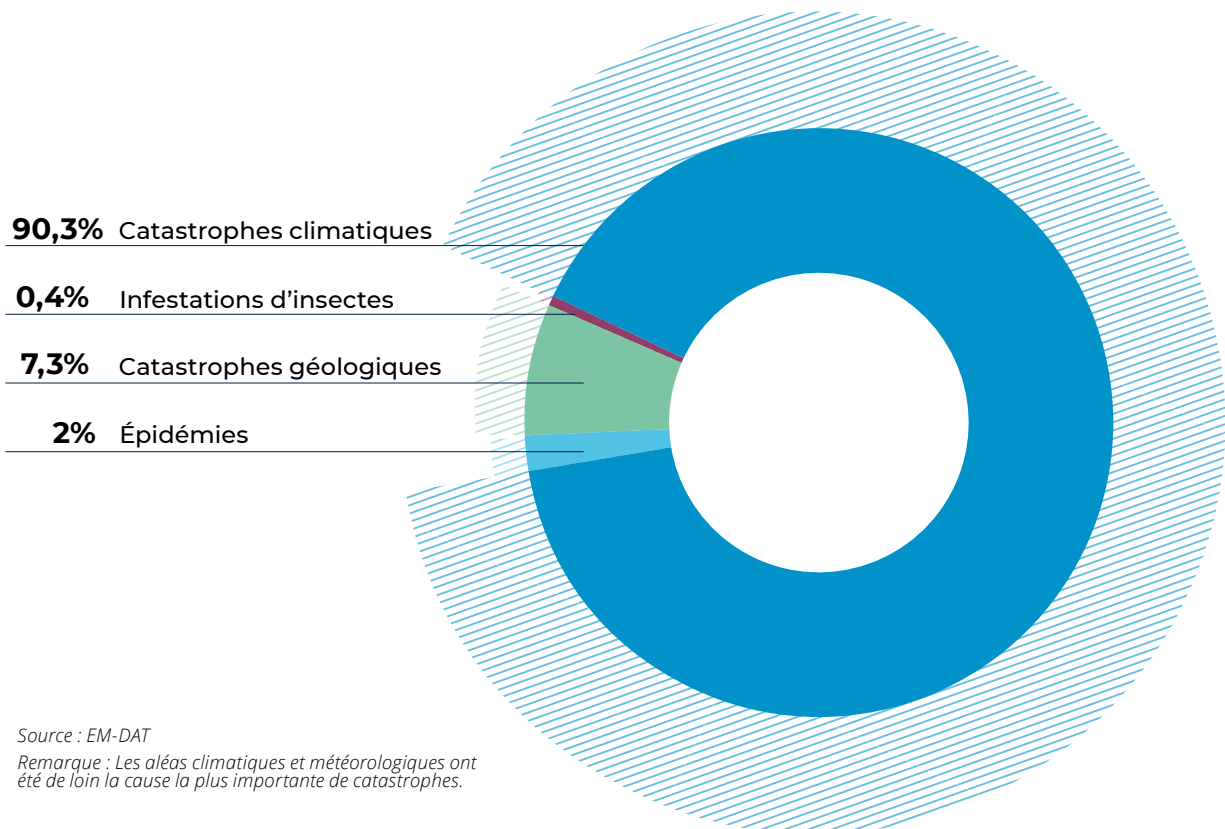
Remarque : Les décès dus au Covid-19 ne sont pas intégrés dans les chiffres relatifs à la période 2012-2021.

8.2.1 La part des catastrophes liées au climat continue de grandir

Les aléas climatiques ont continué à prendre de l'importance en 2020 et 2021. Ces deux années-là, 90,3 % des catastrophes naturelles enregistrées ont été déclenchées par des aléas climatiques et météorologiques, contre 7,3 % pour les aléas géologiques tels que les tremblements de terre et l'activité volcanique. Les autres catastrophes ont été causées par des épidémies (hormis le Covid-19) et des infestations d'insectes, notamment de criquets.

Cela vient s'ajouter aux éléments attestant l'importance croissante des aléas climatiques. Dans son *Rapport sur les catastrophes dans le monde 2020*, la Fédération internationale indiquait que 76 % des catastrophes déclarées dans les années 60 étaient climatiques et météorologiques, mais que cette proportion s'est élevée à 83 % de 2010 à 2019 (IFRC, 2020). Une nouvelle analyse des données actualisées de la base EM-DAT effectuée pour les besoins de ce rapport montre que pour la dernière décennie, cette proportion est en réalité de 84 %. Les données relatives à la période 2020-2021 indiquent que cette tendance se poursuit.

Figure 8.12 : Catastrophes naturelles enregistrées en 2020-2021, classées par type de catastrophe

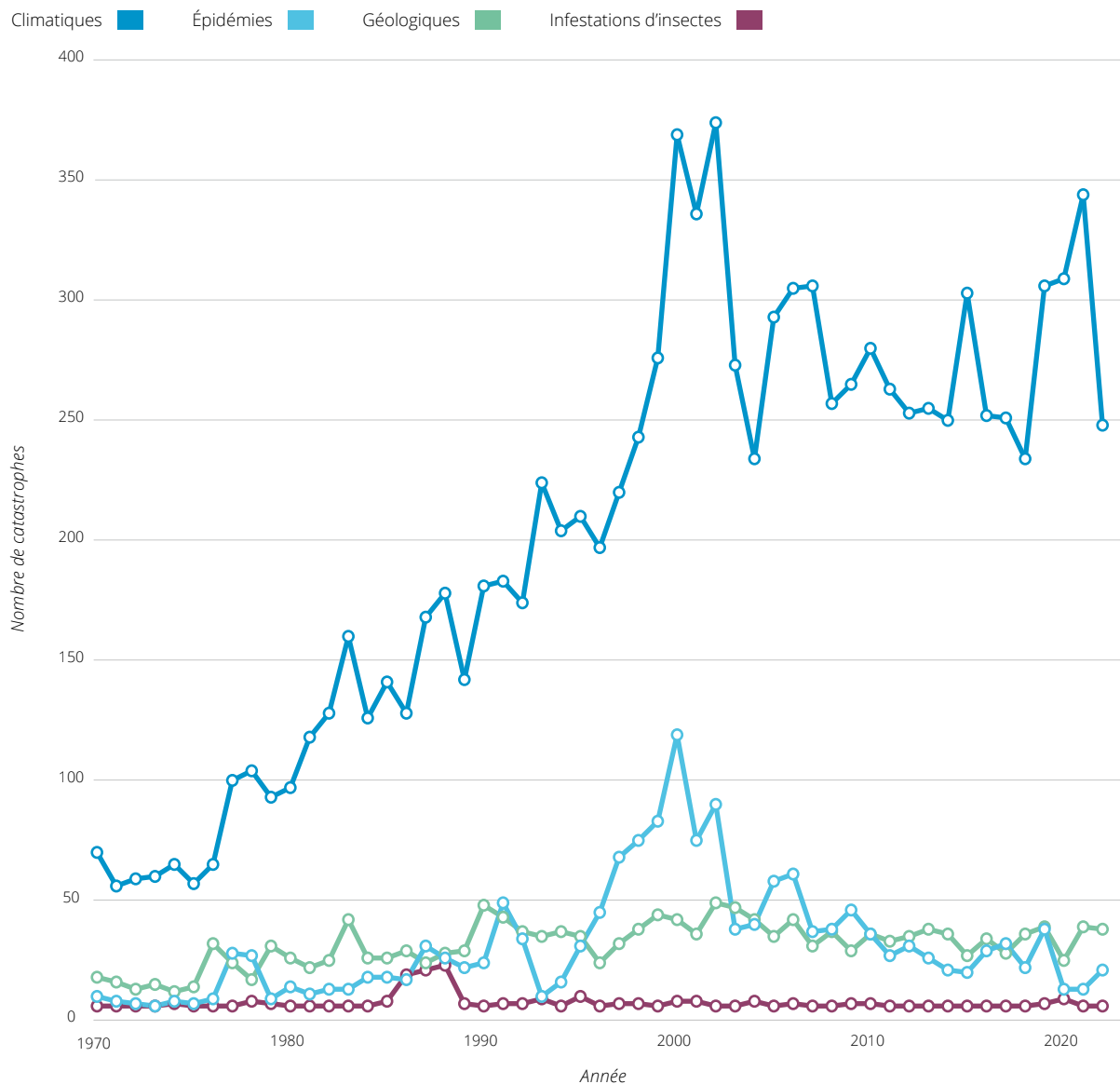


Source : EM-DAT

Remarque : Les aléas climatiques et météorologiques ont été de loin la cause la plus importante de catastrophes.

Une analyse des tendances dans les types de catastrophes sur les cinq dernières décennies permet de mieux comprendre la situation. Le nombre de catastrophes climatiques et météorologiques continue de croître, alors que les aléas géologiques sont restés stables. Quant aux épidémies ou aux infestations d'insectes, aucune tendance ne ressort de la base EM-DAT du fait de l'omission répétée de ces aléas biologiques dans ses données, mais d'autres éléments indiquent que les flambées de maladies sont devenues plus fréquentes au cours des quelques dernières décennies (voir Chapitre 1).

Figure 8.13 : Nombre de catastrophes par type et par année, 1970-2021

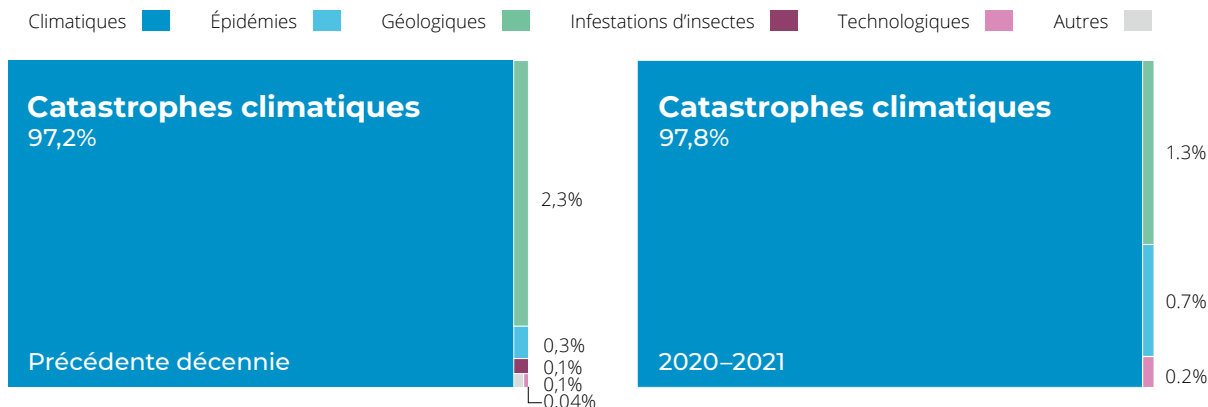


Source : EM-DAT

Remarques : Le nombre de catastrophes climatiques et météorologiques par année a augmenté durant cette période. Par contre, le nombre de catastrophes dues à des aléas géologiques est resté stable.

Si l'on examine la question sous l'angle des personnes touchées, on constate une dominance similaire des catastrophes climatiques et météorologiques. Au cours des 12 dernières années, la proportion de personnes touchées par ces dernières – entre 97 et 98 % – est restée stable. En moyenne, environ 100 millions de personnes sont touchées chaque année par ce type de catastrophes. Viennent ensuite les catastrophes liées à des aléas géologiques.

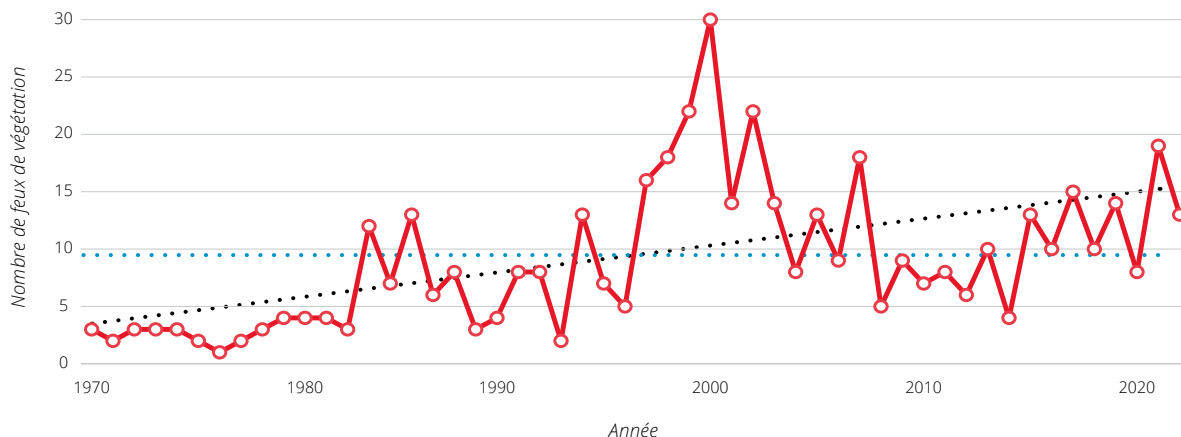
Figure 8.14 : Pourcentage du nombre total des personnes touchées par des catastrophes tous les ans, par type de catastrophe



Source : EM-DAT

Confirmant ces analyses, ces cinq dernières années ont été marquées par une tendance à la hausse du nombre de catastrophes causées par des feux de végétation, qui font partie des catastrophes climatiques et météorologiques. Cette tendance est visible en dépit d'une forte variabilité d'une année à l'autre. La fréquence actuelle des feux de végétation est supérieure aux niveaux observés des années 60 aux années 90.

Figure 8.15 : Catastrophes annuelles causées par des feux de végétation, 1970-2021



Source : EM-DAT

Remarque : Les pointillés noirs représentent la tendance depuis 1970. Les pointillés bleus représentent la moyenne des 50 dernières années.

8.2.2 Des flambées de maladies de plus en plus courantes

Ces dernières décennies, l'humanité a été exposée à un risque accru de flambées de maladies (voir Définitions, Chapitre 1). La pandémie de Covid-19 en est l'exemple le plus spectaculaire et se distingue par un nombre très élevé de cas et de décès. Néanmoins, elle s'inscrit dans le cadre d'une tendance plus large.

Une étude de 2014 compilait des données sur les maladies de 1980 à 2013 ([Smith et al., 2014](#)), représentant 12 102 flambées de 215 maladies infectieuses humaines. Après avoir pris en compte les facteurs de confusion tels que l'amélioration de la surveillance des maladies, les chercheurs ont constaté une hausse significative du nombre total de flambées et une plus grande variété de maladies. Au début des années 80, le nombre de flambées annuelles était inférieur à 1 000, mais à la fin des années 2010, il avait triplé, dépassant les 3 000. Les zoonoses – maladies transmises à la population humaine par les animaux – étaient à l'origine de 56 % des flambées.

De même, on peut lire dans une analyse de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) que : « les épidémies de maladies infectieuses se produisent plus souvent et se propagent plus rapidement et plus loin que jamais, dans de nombreuses régions différentes du monde ». L'analyse recensait 1 307 épisodes épidémiques entre 2011 et 2017, soit une moyenne de 187 épidémies par an ([WHO, 2018](#)).

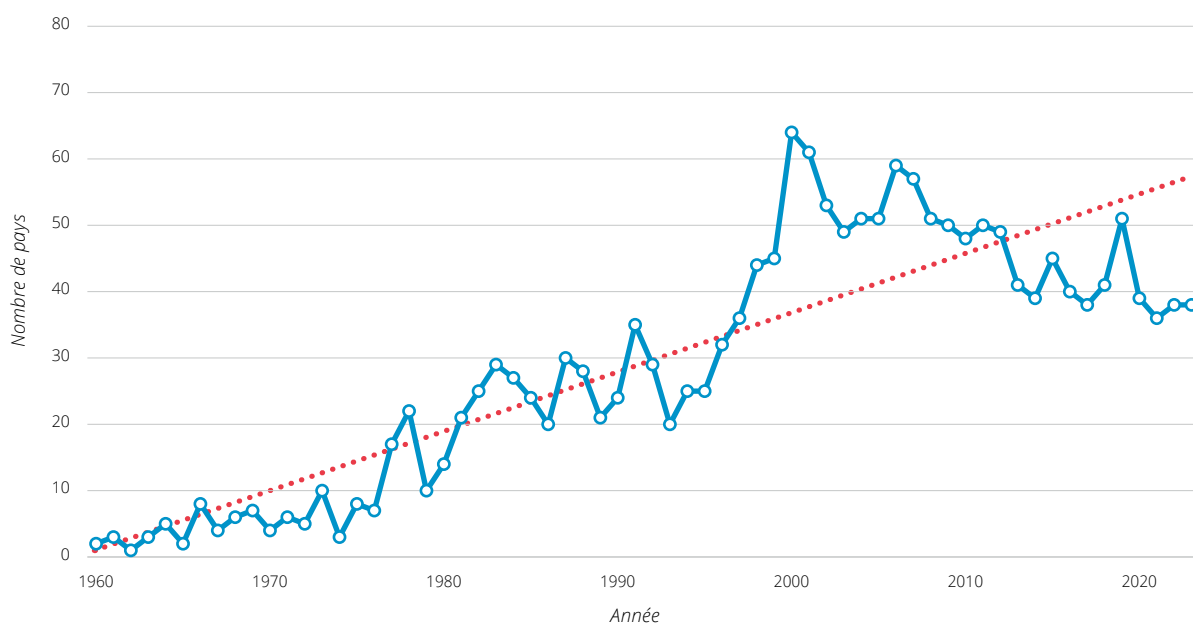
Plus récemment, une étude évoquait « une vague de flambées de maladies infectieuses graves » au 21^e siècle ([Baker et al., 2021](#)). Parmi celles-ci figurent la flambée de SRAS (syndrome respiratoire aigu sévère à coronavirus) de 2003, la pandémie de grippe porcine de 2009, la flambée de MERS (syndrome respiratoire du Moyen-Orient à coronavirus) de 2012, l'épidémie de maladie à virus Ebola, qui s'est étalée de 2013 à 2016 en Afrique de l'Ouest et l'épidémie de maladie à virus Zika de 2015.

Les experts expliquent ces tendances épidémiques de différentes façons. L'étude de [Baker et al., 2021](#) établit un lien avec un changement considérable dans les lieux de résidence des gens et la multitude de leurs déplacements. Depuis 2007, la densité de population, en augmentation constante, est plus importante dans les zones urbaines que dans les zones rurales. Cela crée des conditions idéales pour une propagation rapide des maladies. Dans le même temps, les déplacements par avion ont doublé depuis 2000, favorisant une propagation internationale rapide. Parmi les autres facteurs, citons les changements climatiques, qui influent sur l'émergence d'agents pathogènes nouveaux ou modifiés et sur la réapparition d'agents plus anciens, ainsi que sur la vulnérabilité des populations face à ces agents ; la production alimentaire, qui favorise souvent d'importantes concentrations d'animaux dans des conditions insalubres ; et d'autres types de catastrophes qui aggravent la vulnérabilité des gens face aux agents pathogènes du fait des mauvaises conditions d'hygiène, de la malnutrition et du faible accès aux services de santé qui en découlent.

8.3 DES CATASTROPHES DE PLUS EN PLUS SOUVENT CONCOMITANTES

Du fait de la fréquence croissante des flambées de maladies et des catastrophes climatiques et météorologiques, les pays subissent de plus en plus souvent deux catastrophes simultanément, voire plus. Ces 60 dernières années, le nombre de pays confrontés à ces phénomènes simultanés n'a cessé d'augmenter. L'expression « catastrophes concomitantes » désigne des situations où deux catastrophes se produisent dans le même pays, la deuxième débutant avant la fin de la première. Elles peuvent prendre de nombreuses formes : vents violents lors d'une tempête se combinant à une inondation distincte, ou vague de chaleur en parallèle à un feu de végétation.

Figure 8.16 : Nombre de pays connaissant deux catastrophes concomitantes ou plus au moins une fois par an, 1970 - 2021

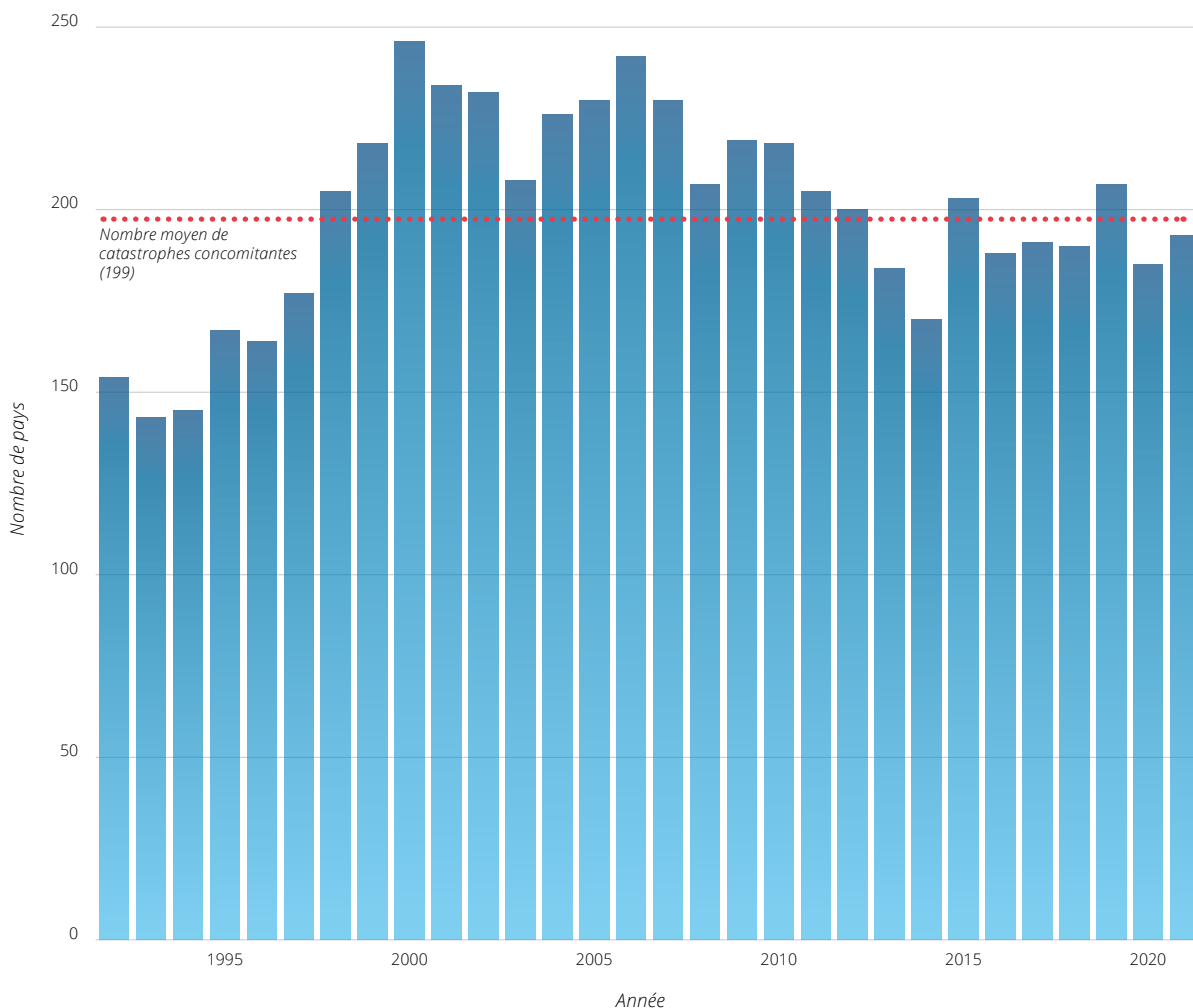


Source : EM-DAT

Ces 30 dernières années, 44 pays par an en moyenne ont été touchés par des catastrophes concomitantes au moins une fois dans l'année. Par ailleurs, sur cette même période, on compte en moyenne 199 catastrophes concomitantes par an, soit un nombre bien plus élevé qu'au cours des décennies précédentes. Malgré une variabilité considérable d'une année à l'autre, le nombre de catastrophes concomitantes reste incontestablement élevé.

Cela n'indique pas nécessairement que la population touchée est la même, les catastrophes pouvant se produire dans différentes régions d'un pays, en particulier si la superficie de ce dernier est étendue. Néanmoins, des catastrophes concomitantes sont susceptibles d'avoir une incidence sur la capacité d'un pays d'y faire face.

Figure 8.17 : Nombre de pays connaissant deux catastrophes concomitantes ou plus au moins une fois par an, 1992 – 2021



Source : EM-DAT

Il reste à savoir si les catastrophes concomitantes frappent les mêmes communautés au sein de chaque pays. Les données ne sont souvent pas assez détaillées pour répondre de façon définitive, mais certains éléments sont établis. Les données de la base EM-DAT indiquent que tous les ans, ces 20 dernières années, au moins 20 pays frappés par des catastrophes concomitantes l'ont été au même sous-niveau administratif. Ces paires de catastrophes touchent probablement la même population et engendrent de lourdes difficultés pour les acteurs humanitaires.

8.3.1 Les catastrophes concomitantes produisent des effets plus graves

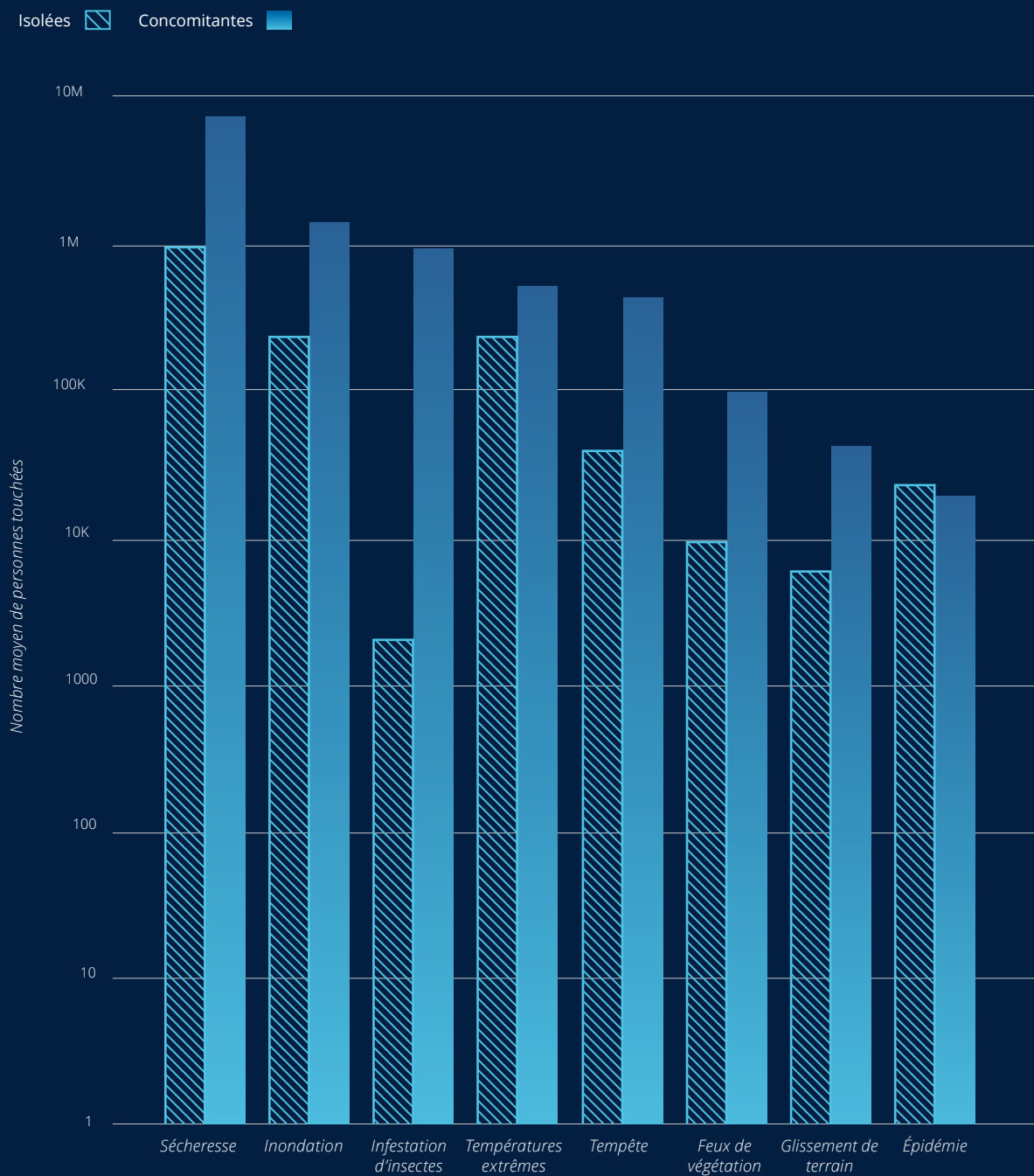
Si deux catastrophes se produisent simultanément au même endroit, on pourrait s'attendre, intuitivement, à ce que chacune ait des répercussions plus importantes que si elle s'était produite isolément. Les données sur les catastrophes confirment cette hypothèse. La Fédération internationale a examiné le nombre moyen de personnes touchées ces 60 dernières années pour tout type de catastrophe donnée. Il en ressort que lorsqu'une catastrophe se superpose à une autre dans le même pays, ses conséquences sont souvent plus importantes, tant sur le nombre de personnes touchées et que sur le nombre de décès.

Une exception se dégage cependant de chaque analyse : les données indiquent que les épidémies concomitantes ne touchent pas davantage de personnes que les épidémies isolées et que les tempêtes concomitantes ne tuent pas plus de personnes que lorsqu'elles sont isolées. Il n'y a pas d'explication claire à ce phénomène, si ce n'est, peut-être, le manque d'exhaustivité des données et/ou un effet de bruit statistique. Les données mondiales étant très variables, des résultats inattendus ou contradictoires ressortent des différentes analyses.

En outre, deux facteurs de confusion doivent être gardés à l'esprit, que les données disponibles ne permettent pas de contrôler.

- D'abord, les catastrophes qui s'étalent sur une période plus longue sont plus susceptibles de se superposer à d'autres catastrophes et de toucher un nombre total de personnes plus important.
- Ensuite, les phénomènes de forte intensité du même type sont également plus susceptibles de se chevaucher en raison de fluctuations saisonnières. Par exemple, les plus grands feux de végétation ont lieu en été et les tempêtes les plus violentes après El Niño. Inversement, les phénomènes de faible intensité sont plus susceptibles d'être isolés.

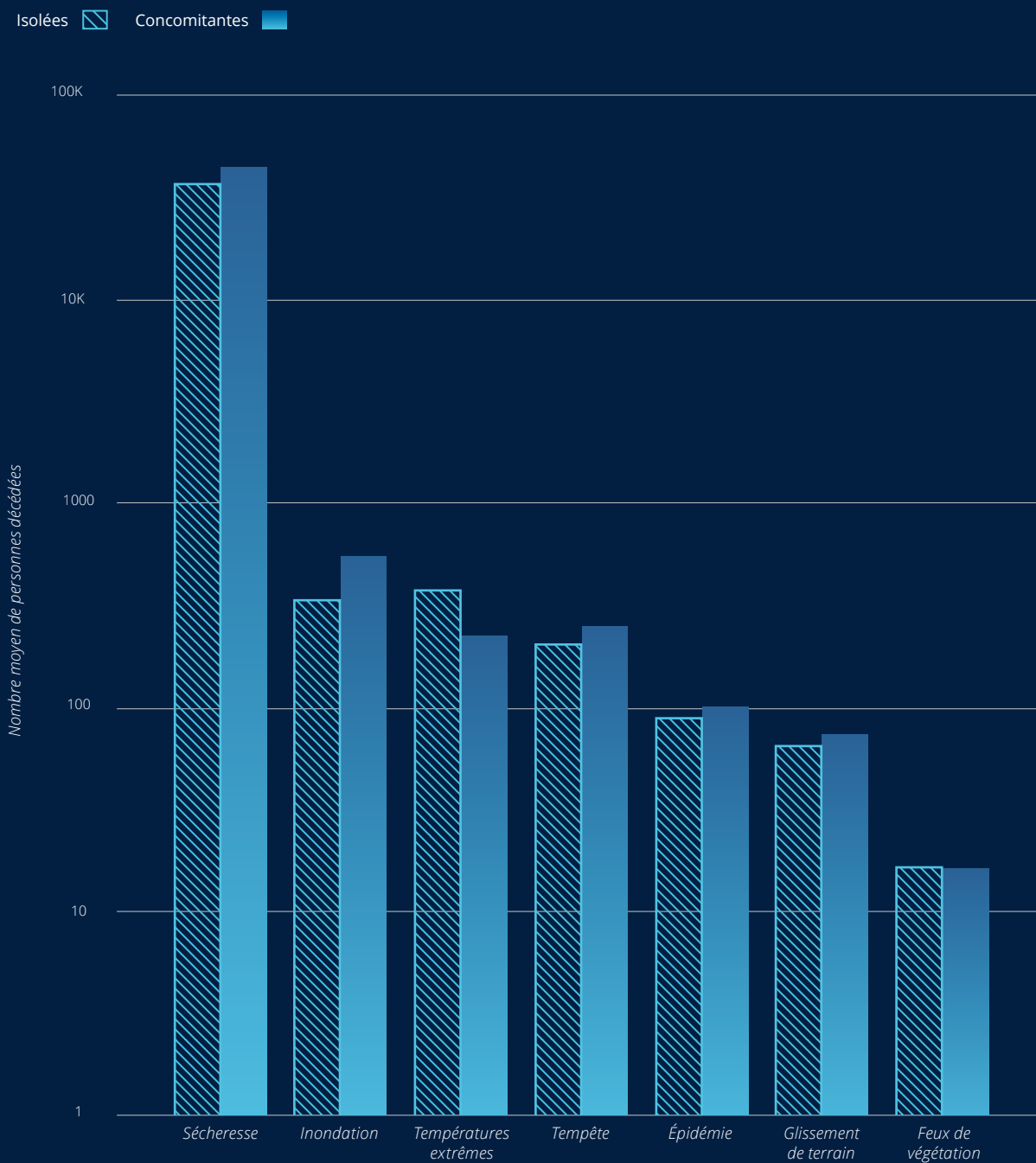
Figure 8.18 : Nombre moyen de personnes touchées par différents types de catastrophes, isolées et concomitantes à une autre catastrophe, quel que soit le type



Source : EM-DAT

Remarque : Les données s'étalent sur les 60 dernières années.

Figure 8.19 : Nombre moyen de personnes décédées du fait de différents types de catastrophes, isolées et concomitantes à une autre catastrophe, quel que soit le type



Source : EM-DAT

Remarque : Les données s'étalent sur les 60 dernières années.

8.3.2 Catastrophes concomitantes et successives dans une même zone géographique

Nous avons vu que les conséquences des catastrophes peuvent s'amplifier si elles sont deux ou plus à se produire en même temps, mais que dans certains pays de vaste superficie, les catastrophes peuvent être éloignées géographiquement. Dans ces analyses, nous tentons de neutraliser ce facteur de confusion en nous concentrant sur les catastrophes se produisant dans la même division administrative de premier niveau d'un pays, comme la province. À ce niveau, les catastrophes sont plus susceptibles d'être proches spatialement.

D'abord, nous examinerons séparément les catastrophes climatiques, hydrologiques et météorologiques. Lorsque celles-ci se produisent dans une division administrative de premier niveau d'un pays, au même moment qu'une autre catastrophe ou peu de temps après, le nombre de personnes touchées est plus élevé, et ce, quelle que soit la nature des autres catastrophes. Plus l'intervalle entre deux catastrophes est court, plus marquée devient cette tendance. L'analyse ne permet pas de savoir pourquoi le nombre de personnes touchées est plus élevé.

Figure 8.20 : Nombre moyen de personnes touchées par des inondations, des épisodes de sécheresse, des tempêtes et des feux de végétation, par nombre de jours depuis la catastrophe précédente dans la même région administrative de premier niveau d'un pays

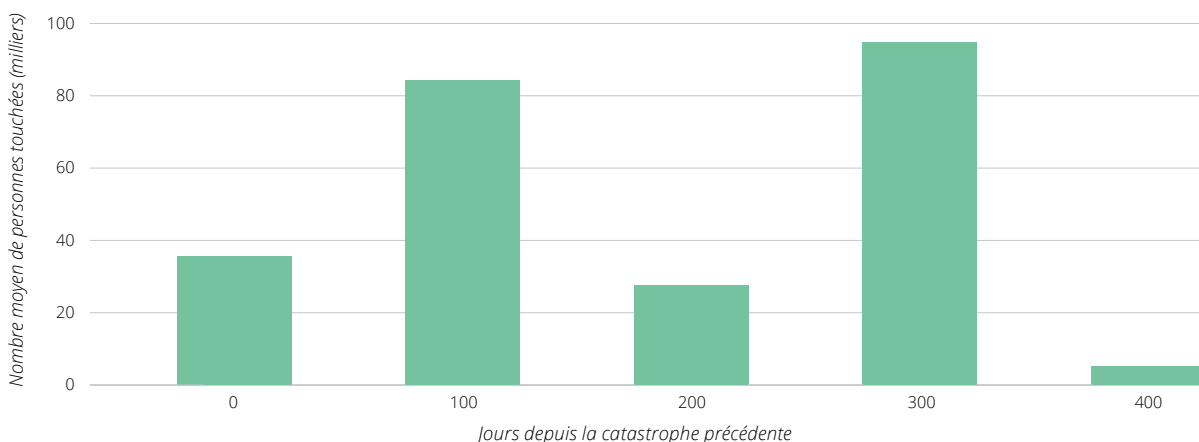


Source : EM-DAT

Remarques : L'analyse couvre 2 452 catastrophes dans 182 pays sur une période de 30 ans. Les intervalles de temps sont groupés par période de 100 jours, la barre la plus à droite indiquant l'intervalle d'un cycle complet de saisons. Une catastrophe touche davantage de personnes si elle suit de près une autre catastrophe. Cette tendance se vérifie pour les inondations, les épisodes de sécheresse, les tempêtes et les feux de végétation.

Cette tendance n'est cependant pas universellement observée. Selon les données de la base EM-DAT, ce n'est pas lorsqu'ils se produisent dans les cent jours suivant une autre catastrophe que les tremblements de terre touchent le plus grand nombre de personnes, mais lorsque cet intervalle est plus long. Aucune explication n'explique ce phénomène à ce jour.

Figure 8.21 : Nombre moyen de personnes touchées par un tremblement de terre, par nombre de jours depuis la catastrophe précédente dans la même région administrative de premier niveau d'un pays

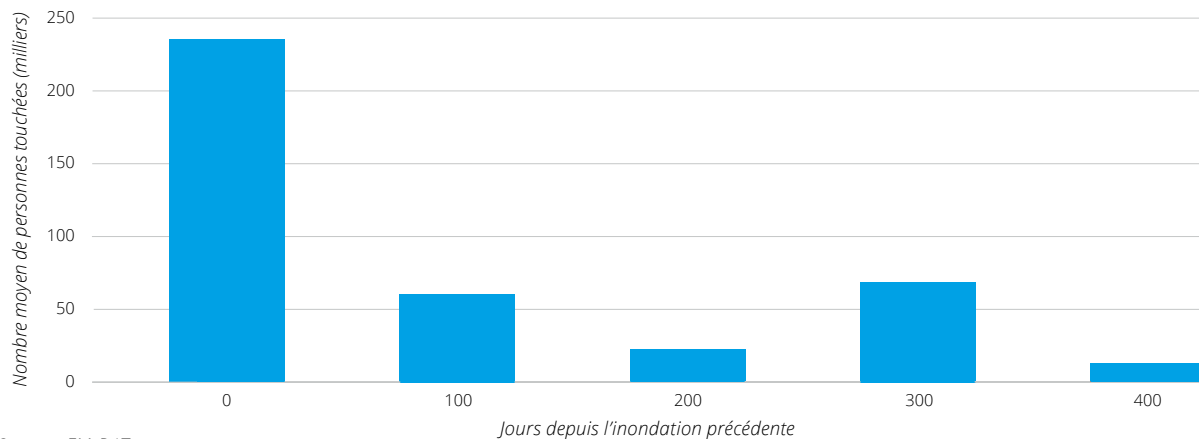


Source : EM-DAT

Remarque : Les intervalles de temps sont groupés par période de 100 jours, la barre la plus à droite indiquant l'intervalle d'un cycle complet de saisons.

Enfin, une analyse de suivi indique que les inondations sont particulièrement sévères lorsqu'elles sont précédées par une autre inondation, plutôt que par tout autre type de catastrophe. Cette analyse donne à penser que les inondations se produisant en succession rapide renforcent fortement leurs effets potentiels mutuels.

Figure 8.22 : Nombre moyen de personnes touchées par une inondation, par intervalle de temps depuis l'inondation précédente dans la même région administrative de premier niveau d'un pays



Source : EM-DAT

8.3.3 Des catastrophes associées à des pics de cas de Covid-19

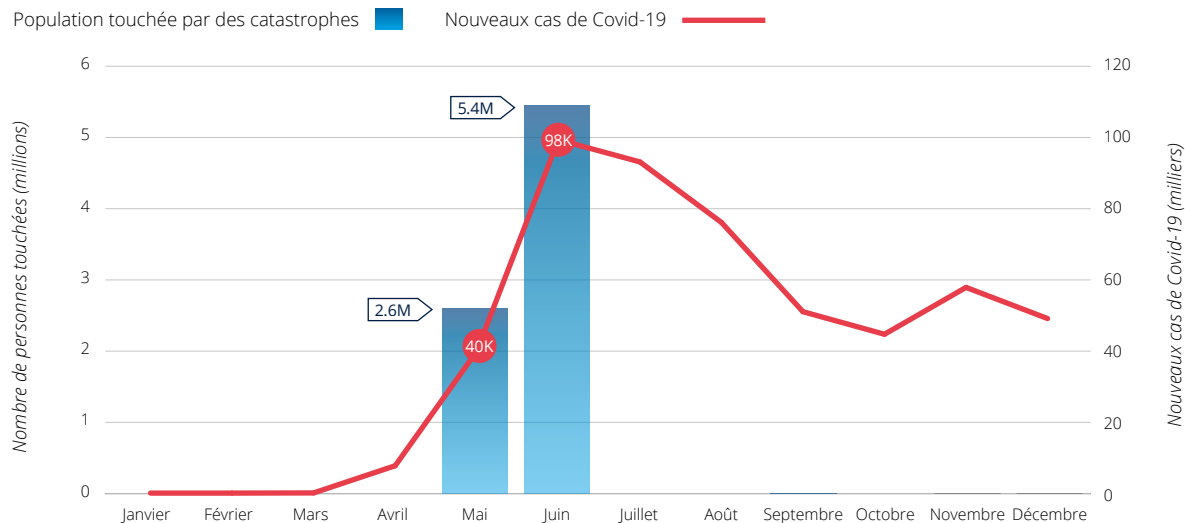
Il est démontré que les catastrophes ont parfois exacerbé la pandémie de Covid-19. La Fédération internationale a recensé de nombreux cas où la présence d'une catastrophe était corrélée à une augmentation du nombre de personnes touchées par le Covid-19.

Cette situation a été observée au Bangladesh en 2020. Le pays a été frappé par le cyclone tropical Amphan, de catégorie 5, en mai 2020 ([Ellis-Petersen and Ratcliffe, 2020](#)). De graves inondations liées à la mousson ont également eu lieu en juin de cette année-là ([IFRC, 2021](#)). Le nombre de cas de Covid-19 a rapidement augmenté durant cette période, pour atteindre un pic en juin avant de décliner en automne.

Une tendance similaire a été observée en Inde, où les cas de Covid-19 ont connu un pic en mai 2021, au moment où le pays était frappé par le cyclone Yaas ([BBC News, 2021](#)). En Bolivie, ce schéma a été observé à deux reprises. Les inondations qui se sont produites de janvier à février 2021 coïncident avec une augmentation des cas de Covid-19. Une deuxième inondation, en décembre de la même année, a été suivie par un pic des cas de Covid-19 en janvier 2022 ([ECPHAO, 2021](#)). Les Maldives et la Tunisie ont suivi des voies semblables.

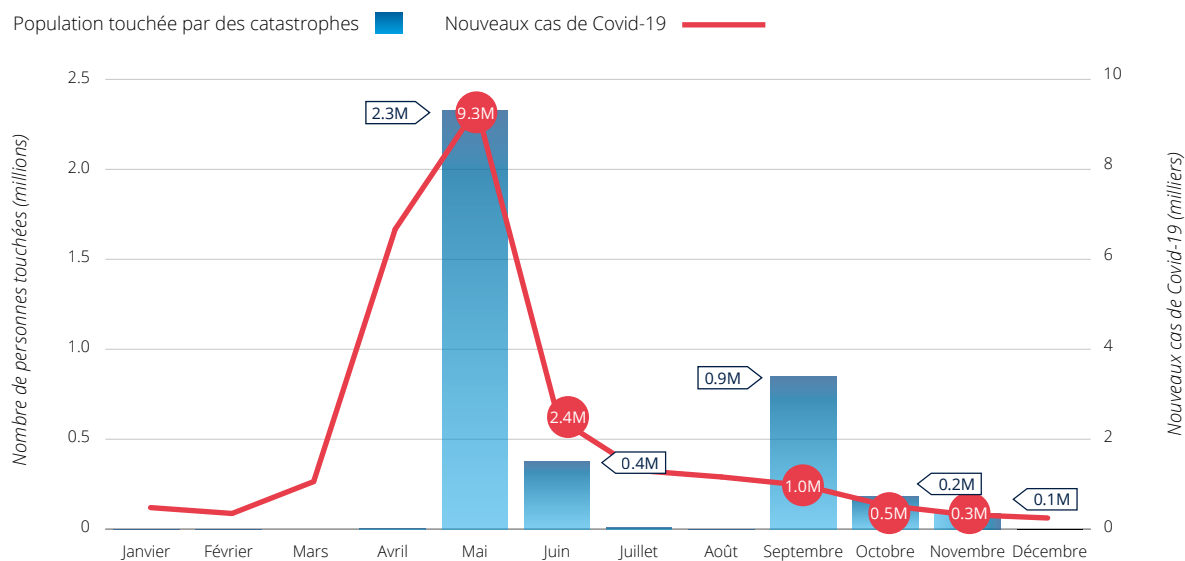
En revanche, il n'en a pas été de même aux Tonga. Le pays a fermé ses frontières début 2020 pour empêcher l'entrée du coronavirus. Frappé par le cyclone Harold le 6 avril 2020, qui a causé d'importants dégâts, il est resté exempt de Covid-19 tout au long de cette année-là et de la suivante. Cependant, l'éruption violente du volcan Hunga Tonga-Hunga Ha'apai, le 15 janvier 2022, a causé d'importantes perturbations. Le pays a dû rouvrir ses frontières pour permettre à l'aide internationale d'entrer et en quelques semaines, les cas de Covid-19 y ont augmenté rapidement ([BBC News, 2022](#)).

Figure 8.23 : Au Bangladesh, les cas de Covid-19 ont fortement augmenté en juin 2020, alors que des millions de personnes avaient été touchées par le cyclone Amphan en mai et par des inondations liées à la mousson en juin.



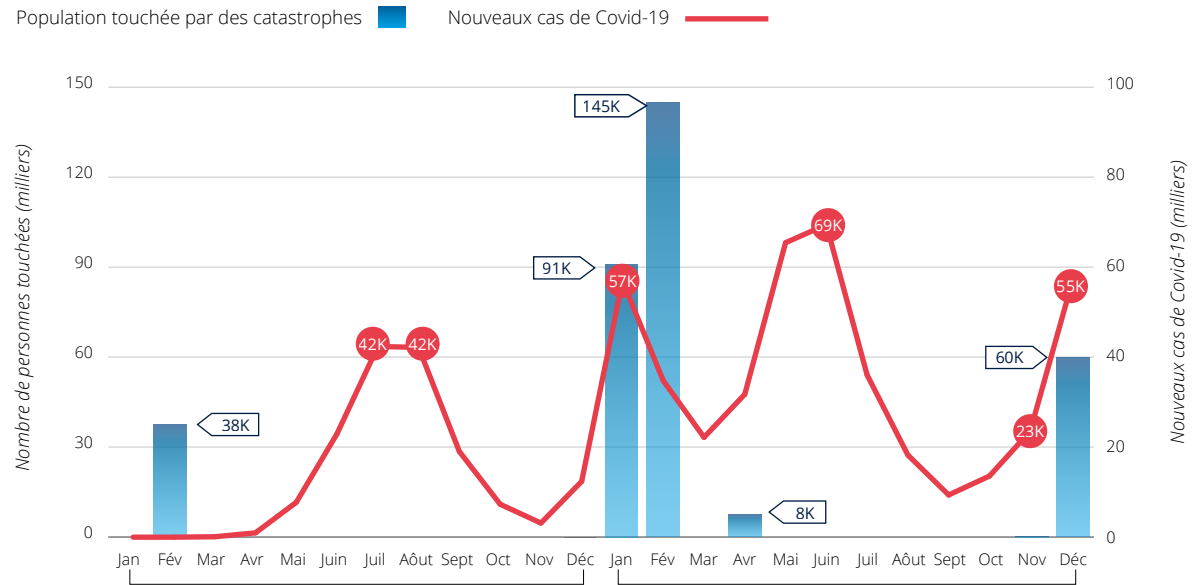
Source : EM-DAT, OMS

Figure 8.24 : En Inde, les cas de Covid-19 ont atteint un pic lorsque le pays a été frappé par le cyclone Yaas, en mai 2021.



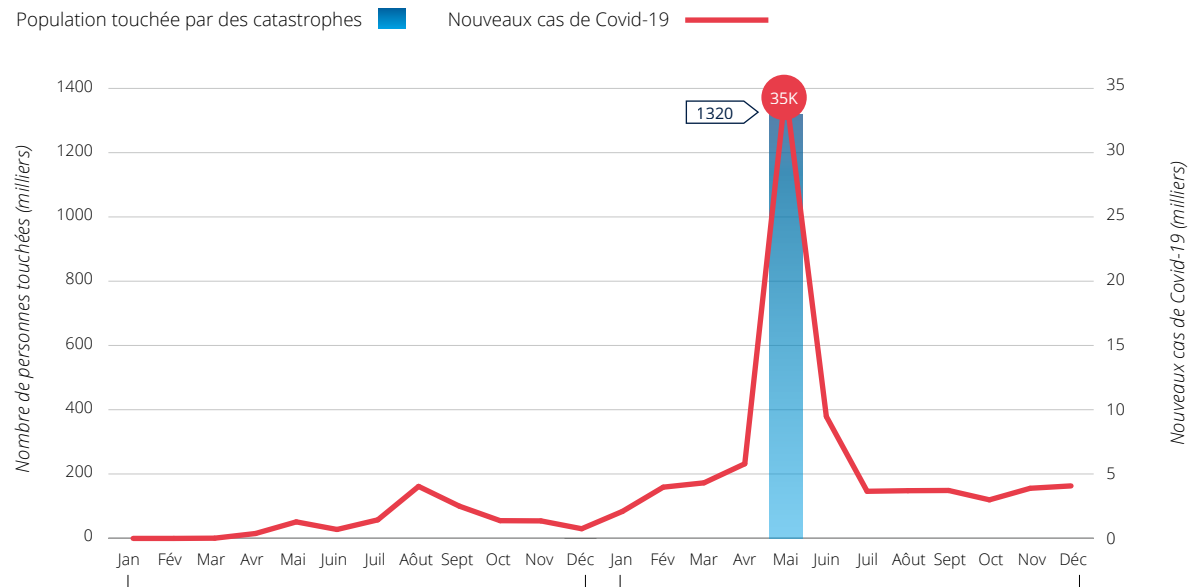
Source : EM-DAT, OMS

Figure 8.25 : Durant la pandémie de Covid-19, la Bolivie a connu des inondations répétées qui, dans certains cas, ont coïncidé avec une augmentation du nombre de cas de Covid-19.



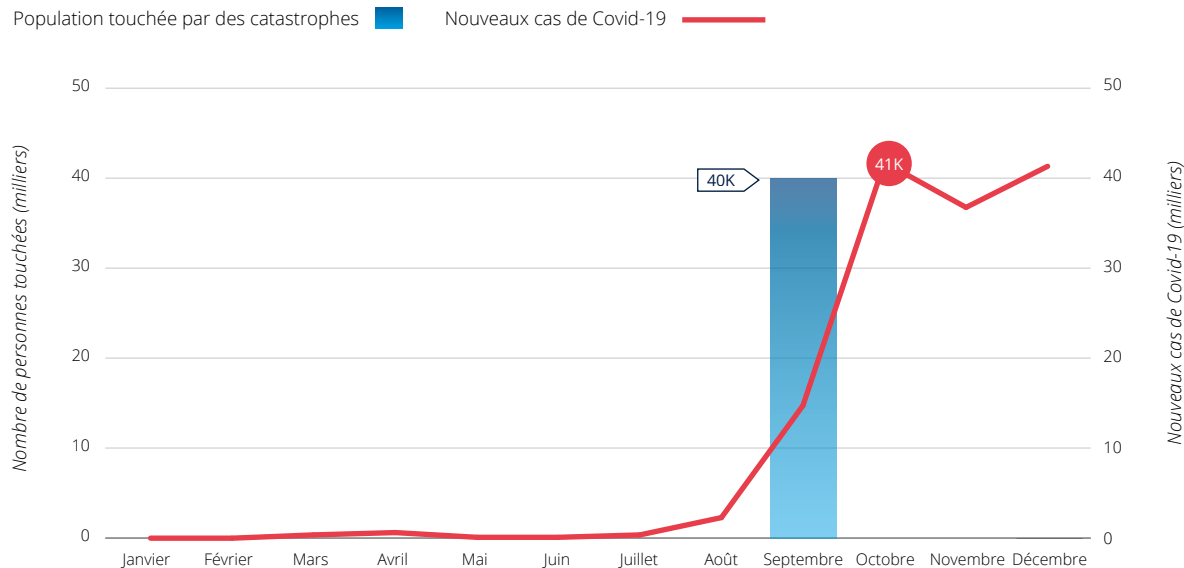
Source : EM-DAT, OMS

Figure 8.26 : Les Maldives ont connu leur unique pic de cas de Covid-19 après que le cyclone tropical Tauktae a frappé le pays, le 16 mai 2021.



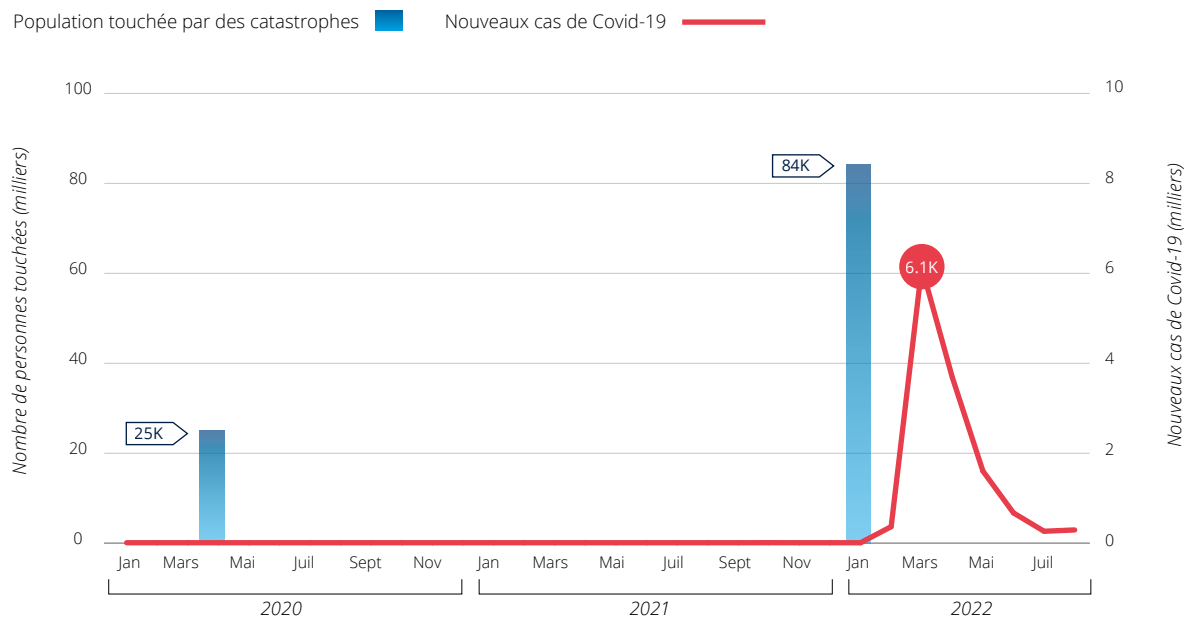
Source : EM-DAT, OMS

Figure 8.27 : La Tunisie n'a connu une augmentation importante des cas de Covid-19 qu'après une inondation, qui s'est produite le 5 septembre 2020.



Source : EM-DAT, OMS

Figure 8.28 : Les Tonga sont restées exemptes de Covid-19 en 2020 et 2021, jusqu'à l'arrivée de travailleurs humanitaires internationaux à la suite de l'éruption du Hunga Tonga-Hunga Ha'apai en janvier 2022.



Source : EM-DAT, OMS

CONCLUSIONS

La pandémie de Covid-19 s'impose comme la catastrophe la plus grave ayant frappé l'humanité depuis plusieurs décennies, et certainement au 21^e siècle. Le nombre de décès causés par le Covid-19 depuis 2020 dépasse de plusieurs ordres de grandeur le nombre de décès causés par d'autres catastrophes – hors conflits – des dernières décennies.

Néanmoins, d'autres catastrophes ont continué de se produire en même temps que la pandémie. En 2020-2021, la région Asie-Pacifique a été la plus lourdement touchée, tous indicateurs confondus : nombre de catastrophes, nombre de personnes touchées et nombre de décès.

Le Covid-19 s'inscrit également dans une tendance globale à l'augmentation des aléas et à la multiplication des catastrophes. Le nombre de catastrophes annuel a augmenté au cours des cinq dernières décennies. Si l'on se fonde sur les épisodes enregistrés dans la base EM-DAT, la proportion de ces catastrophes dues à des aléas climatiques et météorologiques est en hausse depuis ces dernières décennies. Plusieurs études indiquent que le nombre de flambées de maladies et d'épidémies a également augmenté ces 40 dernières années. Cette augmentation n'apparaît pas dans les données de la base EM-DAT, celle-ci ayant une représentation limitée des flambées. Inversement, le nombre de catastrophes causées par des aléas géologiques est globalement resté constant.

Cette multiplication des catastrophes climatiques et météorologiques, ainsi que des flambées de maladies, entraîne un plus grand nombre de chevauchements temporels et/ou géographiques des catastrophes, ou leur succession rapide. Au cours des 60 dernières années, le nombre de cas de pays connaissant au moins deux catastrophes la même année a augmenté.

Lorsque les catastrophes se chevauchent ou se produisent en succession rapide, elles peuvent exacerber leurs effets mutuels. Il est prouvé que les catastrophes touchent davantage de personnes si elles sont précédées de près par une autre catastrophe, ou si une autre catastrophe se produit au même moment dans le même pays, et spécifiquement si elle se produit dans la même région administrative de premier niveau. De même, dans de nombreux cas, les catastrophes déclenchées par des aléas naturels semblent avoir provoqué des pics dans le nombre de cas de Covid-19.

La conclusion, qui donne à réfléchir, est que nous vivons désormais dans un monde confronté à de nombreux aléas, dans lequel les communautés seront souvent face à des aléas multiples tels que les flambées de maladies, les inondations et les vagues de chaleur. Cela représente un défi considérable en matière de préparation.

Principales sources de données utilisées dans ce chapitre

Les données relatives aux aléas et à leurs conséquences proviennent principalement de la base de données EM-DAT (EM-DAT, non daté). EM-DAT est la base de données sur les situations d'urgence du Centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) de l'Université catholique de Louvain. Elle collecte et compile des informations sur les catastrophes tirées d'institutions des Nations Unies, d'organisations non gouvernementales, de compagnies d'assurance et d'instituts de recherche, ainsi que des données secondaires issues d'organes de presse. L'utilisation de cette source de données permet de comparer les catastrophes en utilisant une même méthodologie de collecte des données. EM-DAT ne contient pas de données sur les guerres, les situations de conflit ou les famines liées à un conflit. Elle ne contient pas non plus de données sur le Covid-19.

Le nombre d'habitants par pays provient de la banque de données de la Banque mondiale (« Databank »), sous l'indicateur « Population, total » ([World Bank Databank, non daté](#)). Dans tous les cas, nous avons utilisé les données de 2021 pour calculer la proportion de personnes touchées par habitant.

Les **niveaux de revenu des pays** sont issus de l'ensemble de données de la Banque mondiale sur les « catégories de prêts (revenus) » ([World Bank Data Help Desk, non daté](#)).

Les chiffres relatifs au Covid-19 sont issus du tableau de bord de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) sur le coronavirus ([WHO, non daté](#)). Le tableau de bord présente les chiffres officiels quotidiens des cas de Covid, des décès et des doses de vaccin administrées tels que déclarés par les pays, territoires et régions.

Il faut faire preuve de prudence dans l'interprétation de toutes les données présentées. Des différences sont à prévoir entre les informations publiées par l'OMS, les autorités sanitaires nationales et d'autres sources utilisant des critères d'inclusion et des dates de clôture des données différents. Des mesures ont été prises pour garantir la précision et la fiabilité de ces données, mais toutes sont vérifiées et modifiées en permanence. Tous les décomptes sont sujets à des variations dans la détection des cas, les définitions, les tests en laboratoire, la stratégie de vaccination et les stratégies de compte rendu.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

Baker RE et al (2021) Infectious disease in an era of global change. *Nature Reviews Microbiology*, 20, pp. 193–205. <https://doi.org/10.1038/s41579-021-00639-z>

BBC News (2021) Cyclone Yaas: Severe storm lashes India and Bangladesh. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-india-57237953>

BBC News (2022) Tonga enters Covid lockdown after aid delivered. <https://www.bbc.co.uk/news/world-asia-60210867>

COVID-19 Excess Mortality Collaborators (2022) Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21. *The Lancet*, 399(10334), pp. 1513–36. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02796-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3)

ECPHAO (European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations) (2021) *ECHO Daily Flash*, 22 December 2021. <https://erccportal.jrc.ec.europa.eu/ECHO-Products/Echo-Flash#/daily-flash-archive/4379>

Ellis-Petersen H and Ratcliffe R (2020) *Super-cyclone Amphan hits coast of India and Bangladesh*. The Guardian, 20 May 2020. <https://www.theguardian.com/world/2020/may/20/super-cyclone-amphan-evacuations-in-india-and-bangladesh-slowed-by-virus>

Emerton R et al (2017) Complex picture for likelihood of ENSO-driven flood hazard. *Nature Communications*, 8, 14796. <https://doi.org/10.1038/ncomms14796>

EM-DAT (Emergency Events Database) (non daté) Université catholique de Louvain (UCL) – Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). <https://www.emdat.be/>

Formetta G and Feyen L (2019) Empirical evidence of declining global vulnerability to climate-related hazards. *Global Environmental Change*, 57, 101920. <https://doi.org/10.1016/j.gloenvcha.2019.05.004>

Fragile States Index (non daté) *Global Data*. <https://fragilestatesindex.org/global-data/>

IFRC (2020) *World Disasters Report 2020. Come Heat or High Water: Tackling the humanitarian impacts of the climate crisis together*. <https://www.ifrc.org/fr/media/8968>

IFRC (2021) *Final report: Bangladesh: Monsoon floods (n° MDRBD025)*. <https://adore.ifrc.org/Download.aspx?FileId=409929>

IFRC GO (non daté) *Global: COVID-19 pandemic*. <https://go.ifrc.org/emergencies/3972#details>

Irfan U (2022) *Why disasters are getting more severe but killing fewer people*. Vox. <https://www.vox.com/23150467/natural-disaster-climate-change-early-warning-hurricane-wildfire>

Najibi N and Devineni N (2018) Recent trends in the frequency and duration of global floods. *Earth System Dynamics*, 9, pp. 757–83. <https://doi.org/10.5194/esd-9-757-2018>

ReliefWeb (non daté) *Niger: Cholera Outbreak - Aug 2021 (EP-2021-000130-NER)*. <https://reliefweb.int/disaster/ep-2021-000130-ner>

Smith KF et al (2014) Global rise in human infectious disease outbreaks. *Journal of the Royal Society Interface*, 11, 20140950. <http://doi.org/10.1098/rsif.2014.0950>

UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) (non daté) *Small Island Developing States*. <https://en.unesco.org/sids/about#list>

USGS EHP (United States Geological Survey Earthquake Hazards Programme) (non daté) *M 7.2 - Nippes, Haiti*. <https://earthquake.usgs.gov/earthquakes/eventpage/us6000f65h/executive>

WHO (World Health Organization) (2018) *Managing epidemics: Key facts about major deadly diseases*. <https://www.who.int/publications/i/item/managing-epidemics-key-facts-about-major-deadly-diseases>

WHO (World Health Organization) (2022) *The true death toll of COVID-19: Estimating global excess mortality*. <https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality>

WHO (World Health Organization) (non daté) *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. <https://covid19.who.int/>

WMO (World Meteorological Organization) (2021) *WMO Atlas of Mortality and Economic Losses from Weather, Climate and Water Extremes (1970–2019) (WMO-No. 1267)*. https://library.wmo.int/index.php?lvl=notice_display&id=21930#.Y2Jl9oLP1fW

World Bank Databank (non daté) *Population, total*. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (non daté) *World Bank Country and Lending Groups*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport a été rédigé à partir d'un recueil d'analyses techniques et scientifiques, de documents politiques, de rapports institutionnels, d'études de cas et de recherches menées à tous les niveaux. Les différentes sources utilisées sont : de nombreux rapports et études de cas réalisés par la Fédération internationale et les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge ; les analyses d'acteurs de premier plan de la santé, du développement et de l'aide humanitaire, notamment l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), la Banque mondiale et les Nations Unies ; et des études universitaires dans des domaines tels que la santé publique, la gestion des risques de catastrophe, le développement et l'action humanitaire. Les sources extérieures les plus importantes sont répertoriées et brièvement décrites dans l'Introduction.

Les conclusions de ces sources ont été corroborées, actualisées et replacées en contexte au travers d'entretiens avec des praticiens, ainsi qu'avec le personnel et les volontaires actifs sur le terrain. Des entretiens ont également été menés avec des représentants, souvent en groupes, d'équipes de spécialistes de la Fédération internationale et de diverses Sociétés nationales.

Les premières versions des chapitres ont été révisées par les spécialistes de la Fédération internationale, sa direction supérieure et les représentants de Sociétés nationales, et ont fait l'objet d'un examen par les pairs externe.

Analyse des dons de vaccins du Chapitre 3

Nous avons comparé les dons de vaccins en faveur de pays à niveaux de revenu différents. Les données sur ces dons proviennent du Tableau de bord du marché des vaccins contre le Covid-19 du Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ([UNICEF, non daté](#)). Elles ont été fusionnées avec les catégories de revenus définies par la Banque mondiale pour les pays donateurs et bénéficiaires (World Bank Data Help Desk, non daté). La catégorie des donateurs et celle des bénéficiaires ont chacune été subdivisées en pays à revenu élevé, intermédiaire et faible, et le nombre de doses a été additionné pour chaque groupe.

Une deuxième analyse comparait les besoins en vaccins des pays bénéficiaires et le nombre de doses réellement reçu. Les catégories de revenus sont ici aussi tirées de la Banque mondiale. Les données sur les schémas vaccinaux fournis en pourcentage de la population d'un pays proviennent de l'UNICEF ([UNICEF, non daté](#)). Elles ont été fusionnées avec les données sur le nombre de doses données et fournies ([UNICEF, non daté](#)) et la population totale de chaque pays en 2020 ([World Bank Databank, non daté](#)). Cela a permis d'obtenir un rapport entre les doses données et le pourcentage de la population non vaccinée et ayant par conséquent besoin de doses.

Une troisième analyse examinait les taux de vaccination par groupe de revenu. Ces données sont présentées sous la forme d'un graphique et d'une carte. Elles sont tirées de la page d'accueil du site Our World in Data ([Our World in Data, non daté](#)). Les taux de vaccination ont été extraits par date et par pays, et cartographiés pour chaque pays avec son groupe de revenu.

Méthodologie appliquée aux données sur les tendances en matière de catastrophes

EM-DAT est la base de données sur les situations d'urgence du centre de recherche sur l'épidémiologie des catastrophes (CRED) de l'Université catholique de Louvain. Elle collecte et compile des informations sur les catastrophes tirées de sources publiques, d'agences des Nations Unies, dont l'OMS, d'organisations non gouvernementales, de compagnies d'assurance et d'instituts de recherche, ainsi que des données secondaires provenant d'agences de presse. D'autres précisions sont fournies sur le site de la base EM-DAT ([EM DAT, non daté](#)).

Les données de la base EM-DAT couvrent quatre catégories globales de catastrophes :

- **Les phénomènes climatiques et météorologiques :**
 - » Phénomènes météorologiques – Tempêtes, telles que les cyclones tropicaux, les tempêtes extratropicales et les tempêtes convectives (tornades, ondes de tempête, grêle, éclairs, tempêtes violentes, derecho, tempêtes de sable, tempêtes hivernales); et températures extrêmes (vagues de froid et vagues de chaleur);
 - » Phénomènes hydrologiques – Inondations, telles que les inondations fluviales, les inondations pluviales/crués subites ; et glissements de terrain et de boue liés à des phénomènes hydrologiques ;
 - » Phénomènes climatiques – Sécheresse et feux de végétation ;
- **Les phénomènes géophysiques :** tremblements de terre, activités volcaniques et glissements de terrain liés à des mouvements de masse ;
- **Les catastrophes biologiques :** épidémies (uniquement les flambées créant une situation d'urgence), infestations d'insectes et accidents d'animaux ;
- **Les catastrophes technologiques :** accidents de transport (aérien, maritime, ferroviaire et routier), qui incluent également les accidents de bateaux transportant des migrants ; et accidents industriels (explosions nucléaires et ruptures de barrages, etc.).

Pour qu'une catastrophe soit saisie dans la base EM-DAT, au moins un des critères suivants doit être rempli :

- au moins 10 personnes déclarées **tuées** ;
- au moins 100 personnes déclarées **touchées** ;
- déclaration d'un **état d'urgence** ;
- un appel à l'**aide internationale**.

Les données de la base EM-DAT utilisées dans ce rapport ont été téléchargées le 1^{er} septembre 2022.

Ces données présentent quelques limites importantes :

- **Dégâts** – L'estimation des dégâts et des coûts découlant d'une catastrophe est largement sous-déclarée ; la plupart (78 %) des enregistrements ne contiennent pas cette information.
- **Personnes touchées** – Les estimations du nombre de personnes touchées et tuées par des catastrophes ne sont pas complètes. Un tiers (33,3 %) des enregistrements ne fournit pas le nombre de personnes touchées et pour le nombre de décès, ce pourcentage est de 21 %. Il peut également y avoir des incohérences dans la définition des personnes touchées. EM-DAT définit les personnes touchées comme des « personnes ayant besoin d'une assistance immédiate pendant une période d'urgence, c'est-à-dire, ayant besoin du minimum nécessaire pour la survie, à savoir, de la nourriture, de l'eau, un logement, une solution d'assainissement et une assistance médicale immédiate ». Cependant, pour certaines catastrophes, des définitions plus larges semblent avoir été utilisées. Par conséquent, notre attention s'est principalement portée sur les nombres de catastrophes et de décès, ce qui laisse moins de place à l'interprétation.
- **Autres informations sur les aléas** – Les données sur l'intensité (magnitude) des catastrophes climatiques et météorologiques sont limitées. La moitié (53 %) des données sur les épisodes de températures extrêmes ne comportent pas d'information sur leur intensité mesurable ; ce pourcentage est de 58 % pour les feux de végétation et de 65 % pour les inondations. De plus, dans 15 % des enregistrements, la durée précise des aléas n'est pas connue. La disponibilité de données précises sur la localisation est également faible : 90 % des enregistrements ne comportent pas de coordonnées GPS.
- **Conflits** – EM-DAT ne contient pas de données sur les guerres, les situations de conflit ou les famines liées à un conflit.
- **Covid-19** – EM-DAT ne contient pas de données sur le Covid-19.

Il convient d'être prudents lorsque l'on calcule le nombre de phénomènes ou de pays touchés en utilisant EM-DAT. En effet, les épisodes de catastrophes y étant enregistrés par pays, si un unique épisode touche plusieurs pays, il apparaîtra plusieurs fois. Pour calculer le nombre d'épisodes indépendants, un identifiant unique a été généré selon les champs disponibles dans la base de données : « type de catastrophe », « nombre séquentiel » et « année ». Les nombres totaux de personnes touchées et tuées ont ensuite été agrégés par cet identifiant unique. Pour valider ces épisodes, les données ont été contrôlées au regard de la base de données sur les catastrophes de ReliefWeb ([ReliefWeb, non daté](#)).

Les épisodes pour lesquels au moins 10 personnes ont été déclarées tuées et/ou 100 personnes touchées sont classés « phénomènes significatifs ». Les analyses présentées aux chapitres 2 et 3 sont uniquement basées sur des catastrophes classées dans cette catégorie.

Pour comparer les effets de catastrophes selon qu'elles sont simultanées ou non, nous avons comparé le même type de catastrophe dans la même division administrative de premier niveau de chaque pays. Cela a permis de faire des comparaisons dans des espaces géographiques, des climats et des environnements similaires.

BIBLIOGRAPHIE

(en anglais, à noter que les liens indiqués en bleu renvoient à des documents en français)

EM-DAT (Emergency Events Database) (non daté) Université catholique de Louvain (UCL) — Centre for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). <https://www.emdat.be/>

Our World in Data (non daté) *Coronavirus (COVID-19) vaccinations*. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>

ReliefWeb (non daté) *All Disasters*. <https://reliefweb.int/disasters>

UNICEF (United Nations Children's Fund) (non daté) *COVID-19 Market Dashboard*. <https://www.unicef.org/supply/covid-19-market-dashboard>

World Bank Databank (non daté) *Population, total*. <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.POP.TOTL>

World Bank Data Help Desk (non daté) *World Bank Country and Lending Groups*. <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>

LES PRINCIPES FONDAMENTAUX DU MOUVEMENT INTERNATIONAL DE LA CROIX-ROUGE ET DU CROISSANT-ROUGE

Humanité

Né du souci de porter secours sans discrimination aux blessés des champs de bataille, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, sous son aspect international et national, s'efforce de prévenir et d'alléger en toutes circonstances les souffrances des hommes. Il tend à protéger la vie et la santé ainsi qu'à faire respecter la personne humaine. Il favorise la compréhension mutuelle, l'amitié, la coopération et une paix durable entre tous les peuples.

Impartialité

Il ne fait aucune distinction de nationalité, de race, de religion, de condition sociale et d'appartenance politique. Il s'applique seulement à secourir les individus à la mesure de leur souffrance et à subvenir par priorité aux détrences les plus urgentes.

Neutralité

Afin de garder la confiance de tous, le Mouvement s'abstient de prendre part aux hostilités et, en tout temps, aux controverses d'ordre politique, racial, religieux et idéologique.

Indépendance

Le Mouvement est indépendant. Auxiliaires des pouvoirs publics dans leurs activités humanitaires et soumises aux lois qui régissent leur pays respectif, les Sociétés nationales doivent pourtant conserver une autonomie qui leur permette d'agir toujours selon les principes du Mouvement.

Volontariat

Il est un mouvement de secours volontaire et désintéressé.

Unité

Il ne peut y avoir qu'une seule Société de la Croix-Rouge ou du Croissant-Rouge dans un même pays. Elle doit être ouverte à tous et étendre son action humanitaire au territoire entier.

Universalité

Le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, au sein duquel toutes les Sociétés ont des droits égaux et le devoir de s'entraider, est universel.



La Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Fédération internationale) est le plus grand réseau humanitaire au monde, qui compte **192 Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge** membres et quelque **16.5 millions de volontaires**. Nos volontaires sont présents dans les communautés avant, pendant et après les crises et les catastrophes. Nous œuvrons dans les environnements les moins accessibles et les plus complexes afin de sauver des vies et de promouvoir la dignité humaine. Nous aidons les communautés à devenir plus fortes et plus résilientes pour que chacun puisse mener une vie sûre et saine, et avoir des possibilités de prospérer.