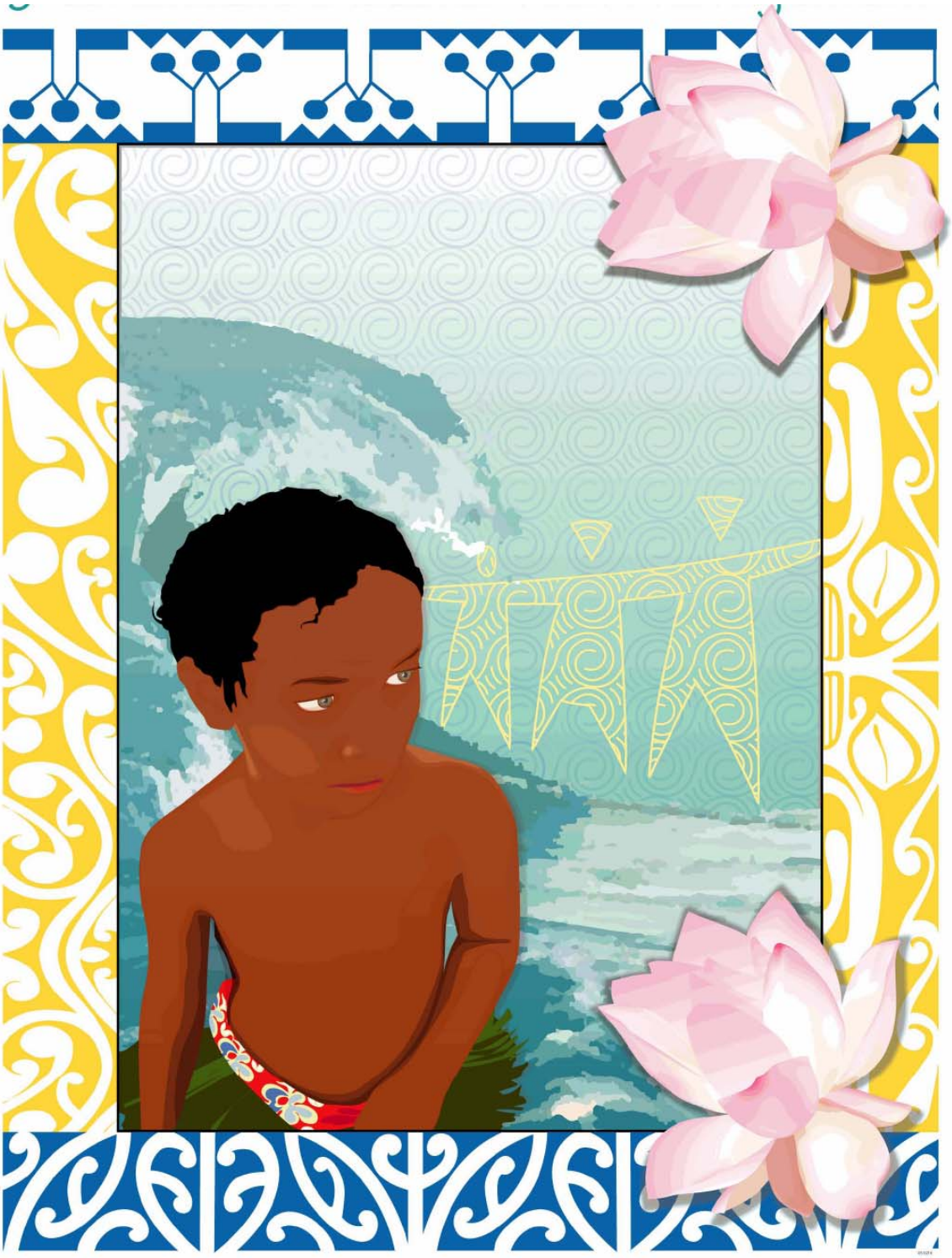
2005 Pacific Health Summit for Sustainable Disaster Management



2005 Sommet de la Santé du Pacifique pour la Gestion Durable des Risques de Désastres

In 2004 and 2005 PEHI hosted the Pacific Health Summits for Sustainable Disaster Management.

In 2004, leaders from 22 nations of the Pacific developed the Declaration of the 2004 Pacific Health Summit. In 2005, they developed the Concept Papers of the 2005 Pacific Health Summit.

The Concept Papers of the 2005 Pacific Health Summit represent the culmination of over five years work by the CDC Pacific Emergency Health Initiative (PEHI) in its mission to improve emergency health preparedness and response in the region.

The 2005 Summit Concept Papers were authored by representatives of the public health leadership of 19 nations, as well as 16 international organizations. These documents represent an important precedent as *the world's first integrated, self-determined, and region-wide strategy for prevention, mitigation, response, and recovery from health emergencies.*

These Concept Papers represent a standardized presentation of brief proposals for pilot projects that would implement one or more of the 32 objectives of the 2004 Pacific Health Summit. The purpose of the concept papers is to provide for potential donors and partners a summary of projects that were mutually agreed upon by health leaders at the 2005 Pacific Health Summit. Interested parties are then encouraged to contact the designated project leads directly to solicit further information or place a request for proposal.

2005 Pacific Health Summit for Sustainable Disaster Management

French participants of the 2005 Pacific Health Summit in Sigatoka, Fiji

Opening statement by the Honorable Elias Camsek Chin, Vice- president of The Republic of Palau

Groups working on concept papers at the 2005 Pacific Health Summit

Participants of the 2005 Pacific Health Summit in Fiji

LANDSLIDE-HAZARD MAP - A LIFE-SAVING TOOL:
A Concept Proposal for Preparedness in Chuuk

The Problem and Current Situation

Debris flows triggered by heavy rainfall from typhoons are responsible for many deaths on the small islands of Chuuk. Many personal and community dwellings are situated in the path of high risk areas.

Recognizing the potential value of mudslide hazard mapping, the US Geological Survey went to Chuuk to gather the necessary information to develop landslide hazard maps. Unfortunately, the produced maps were never used to develop community evacuation plans. Indeed, the landslide from Typhoon Chata'an in 2002 resulted in 43 deaths in the population of 40,000 on Chuuk. Most —if not all—of the deaths resulting from this typhoon could have been avoided if available hazard maps had been used to direct evacuation procedures. Still today, these valuable maps are not being used to develop life-saving evacuation plans.

Overall Project Goal

The overall goal of the one-year landslide-hazard-map implementation project in Chuuk is to build on existing knowledge and apply pre-existing basic hazard-mapping tools, existing hazard maps, and landslide vulnerability assessments, to develop evacuation plans and procedures and raise hazard and evacuation awareness in the community. A further purpose of this project is to develop a model that can be used on other islands of the Pacific to deal with various disasters requiring evacuation.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Partnerships are established between the Federated States of Micronesia (FSM) Ministry of Health; identified Village Leadership/Counsels; U.S. Forest Service, National Mapping Discipline of the U. S. Geological Survey, Honolulu, Hawaii; U.S. Peace Corps; and the Centers for Disease Control/ Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI) to ensure the provision of technical assistance.

1. The different organizations listed above will be contacted by CDC/PEHI to: assess interest in collaborating, determine the resources that can be provided by each, and brainstorm other potential collaborators located on the islands of Chuuk.
2. A memorandum of understanding (MOU) will be drafted between the FSM Ministry of Health and the National Mapping Discipline of the USGS. The National Mapping Discipline of the USGS will assist the FSM Ministry of Health to determine the location of hazard and evacuation sites by plotting the households, buildings, and joining roads of the islands of Chuuk.
3. A MOU will be drafted between the FSM Ministry of Health and the U.S.

Peace Corps and other community organizations that will: provide basic field work and community training on basic emergency preparedness and response (to include what to do during heavy rains), plan meetings, and hold regular drills.

4. A core group composed of members of the different organizations listed above will be formed by CDC/PEHI.
5. *Expected Outcomes:*
   1) *MOUs will have been written between the FSM Ministry of Health and the U.S. Forests Service; the National Mapping Division of the U.S. Geological Survey, Honolulu; and the US Peace Corps[1], and will have been signed by all parties within 1 month of start of project.*
   2) *A list of members of the core group will be compiled by CDC/PEHI*

Objective 2: Villages, individual houses and other community buildings are plotted on existing landslide hazard maps of Chuuk.

1. Villages will be plotted on a 1:25,000scale map by the *U.S. Forest Service and the National Mapping Discipline of the USGS of Honolulu* after consultation with the U.S. Geological Survey and each village leadership.
2. For each individual village situated in a hazard zone, individual households and other community buildings will be plotted on a 1:6000-scale enlargement of the landslide hazard map of each village.
3. *Expected Outcomes:*
   1) *Within 2 months of the start of the project, the U.S. Forest Service and the National Mapping Discipline of the USGS of Honolulu will produce a landslide hazard map of Chuuk with the locations and names of all villages of the island.*
   2) *Within 6 months of the start of the project, the U.S. Forest Service and the National Mapping Discipline of the USGS of Honolulu will produce a 1: 6000-scale enlargement of the landslide hazard map for each village that is located in a high risk area of Chuuk islands. Each map will label individual households and community buildings.*

Objective 3: Evacuation sites are identified for the different villages, individual households and community building employees.

1. In consultation with village leadership, the U.S. Peace Corp field representative will utilize the maps developed in Objective #2 to identify sites or buildings situated in the safety zone that could accommodate the population at risk.
2. The U.S. Peace Corps field representative, in collaboration with the village leadership, will complete an inventory of: 1) the services each site/building can provide (e.g. bathrooms, food, water), 2) the number of people each can hold for 24 hours, and 3) the improvements that could be made to improve each site/building capacity. If families will evacuate to other relatives or friends homes it will be noted in the inventory.

[1] It is recommended that U.S. Peace Corps be used to provide the primary field work for this project to include setting up coordination meetings with village leadership, developing standard operating procedures for action, completing inventories, training villagers and writing a final report. If U.S. Peace Corps cannot be used for this activity another Non-governmental organization (NGO) will need to be recruited for this work.

3. A team composed of community leaders and the U.S. Peace Corps field representative will survey each village and produce a list of all the possible evacuation sites and which household/ people would go to which site.
4. MOUs will be drafted with the owners of selected evacuation sites.
5. *Expected Outcomes: Within six months of the start of the project, the following documents will be produced*
   1) *a color coded map of the population and their respective evacuation sites*
   2) *a table of all evacuation sites, the services they are equipped to provide, and the potential improvements that could be made to improve their capacity.*
   3) *MOUs with the owners of the selected evacuation sites.*

Objective 4: A plan of action including contacts and procedure for declaring an evacuation is made.

1. The rainfall measurement that will prompt the declaration of an evacuation following the National Oceanic and Atmospheric Administration's (NOAA) forecast will be determined.
2. Who will collect rainfall measurements will be identified and trained.
3. A list of contacts and alternate contacts detailing who should be advised when the agreed-upon rainfall level is reached will be made.
4. A list of community leaders and organizations that must be notified when an evacuation is declared will be compiled through a survey done by U.S. Peace Corps in each at-risk community. The list must include information that allows for contacting on a 7-days-a-week/ 24 hours-a-day basis.
5. A compilation of Standard Operating Procedures (SOPs) will be developed using the gathered data.
6. *Expected Outcomes: By the end of the one-year project*
   1) *a list of organizations and community leaders that must be notified when the agreed-upon rainfall level is reached and when an evacuation is declared will have been compiled by U.S. Peace Corps.*
   2) *a SOP will have been developed for the declaration and execution of an evacuation for the high risk areas of Chuuk Islands.*

Objective 5: Community leaders and educational institutions will be familiar with proper evacuation procedures and drills.

1. An initial meeting, sponsored by the FSM Ministry of Health, will be held with community leaders to involve them in the project and receive guidance from them.
2. A one day workshop, facilitated by U.S. Peace Corps and CDC/PEHI will be conducted with the selected community, organization, educational leaders and their alternates to educate them about landslide hazards, and proper evacuation procedures and drills.
3. Proper materials that can be used to teach at the community level and organize evacuation drills will be provided by U.S. Peace Corps to the community , organization leaders, and the U.S. Peace Corps field representative
4. *Expected Outcomes:*
   1) *Within two years, a curriculum will be given to community leaders U.S. Peace Corps, and community and organization leaders will have reported that they have received all needed*

materials for teaching about evacuation and conducting drills.

2) *Within three years, evidence that community and organization leaders are using the provided tools at locations will have been gathered and a final report written.*

Collaborating Agencies

Efforts will be coordinated and monitored by the CDC/PEHI team which will act as a coordinating body between the numerous agencies, as follow:

- FSM Ministry of Health
- Identified Village Leadership/ Counsels
- U.S. Forest Service
- National Mapping Discipline of the U. S. Geological Survey, Honolulu, Hawaii
- U.S. Peace Corps

Monitoring/ Evaluation Methodology

The CDC/PEHI team will produce a formative and summative progress report. The Minister of Health will assigned responsibility to a senior staff member to monitor and provide a progress report at 2 months, 6 months and at project completion.

Budget Summary

Category	Project Expense	In-Kind Contribution	Total Budget (U$ $)
Personnel (Salary/Benefits) (pay individual(s) to identify households and community buildings Project coordinator (20hrs/week)			5,000 (local) 5,000 (outside agency) 20,000
Travel 1. Project coordinator from CDC/PEHI visit to Chuuk 2. National Mapping Division coordinator from Honolulu 3. USGS scientist from Denver 4. From community to community		Transport in country-$5,000	5,000 5,000 2,500 2,000
Direct Implementation Costs : Office supplies			2,000
Equipment ❖ PPT Projector ❖ Screen ❖ Laptop			5,000
Operational Costs ❖ GIS Mapping and Plotting Workshops -	$3000/ workshop	$5,000	10,000 15, 000
Contingency 10%			7,650
Total Project Expenses			**84,150**

Contact person: Edwin Harp, US Geological Survey, 1711 Illinois Street, Golden, CO 80401 – e-mail: harp@usgs.gov

ANALYSIS OF TSUNAMI/STORM-SURGE HAZARDS IN SAIPAN (CNMI) AND LANDSLIDE HAZARDS IN KOSRAE (FSM)

The Problem and Current Situation

The greatest losses of life and injuries during natural disasters in the Pacific are caused by drowning from storm-surges and burial by landslides. Plans to mitigate the effects of storm-surges and landslides could be mitigated by encouraging people to move away from, temporary evacuate, or build outside high-hazard zones. In order to be able to advise people appropriately on such actions, hazard mapping would have to be available for the targeted areas of Saipan in the Commonwealth of the Northern Marianas Islands (CNMI) and Kosrae in the Federated States of Micronesia (FSM).

Overall Project Goal

The overall goal of the five-year Natural Hazard Analysis Project is to: (1) perform systematic analyses of the hazards that affect these populations—the storm-surge and tsunami hazard on Saipan/CNMI and the landslide hazard on Kosrae/FSM; and (2) construct hazard maps for those two islands.

Objectives, Activities and Indicators

- ***Objective 1:*** Available hazard information for each island is collected and collated to assist in the hazard analysis.

1. Project scientists will collect and collate available information to assist in the relevant hazard analysis for each island. Topographic, geologic, geotechnical, hydrographic, hydrologic, and other data from government and other sources will be gathered for the hazard analyses.
2. Partnerships will be developed with National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA), Centers for Disease Control and Prevention/ Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI) (data regarding health risk), U.S. Geological Survey (USGS), and local agencies to existing collect data. Necessary fieldwork will then be conducted to verify scientific data collected and to collect additional pertinent data.
3. *Expected Outcome: By the end of two years, pertinent hazard data and information on all participating islands will have been collected and compiled.*

- ***Objective 2:*** A susceptibility/hazard analysis is performed for storm-surge and tsunami hazards on Saipan and for landslide hazards on Kosrae, and hazard maps depicting these hazards are produced.

1. Hazard analyses will be performed on Saipan and Kosrae
2. Hazard maps will be constructed.
3. *Expected Outcome: By the end of the five year project, the hazard mapping for participating islands will be completed.*

Collaborating Agencies

This project will be implemented in Saipan and Kosrae and will be coordinated from the United States, through the U.S. Geological Survey based in Golden, Colorado. NOAA, USGS, CDC/PEHI and agencies of local governments will form the partnerships necessary to accomplish these hazard analyses and produce the maps.

Monitoring/ Evaluation Methodology

The CDC/PEHI and local agencies will monitor and evaluate the coordination efforts, and NOAA/USGS experts other than project personnel will review the accuracy and the applicability of the hazard maps.

Budget Summary

The total cost of the project is estimated to be $1,347,500 USD. Funds are needed for personnel, travel within the region, equipment, vehicles, and data acquisition.

Category	Project Expense	In-kind Contribution	Total Budget (U$ $)
Personnel (Salary/Benefits) 3 U S Scientists and 1counterpart each from Saipan and Kosrae	500,000		500,000
Travel	120,00		120,000
Direct Implementation Costs Construction Materials	30,000		30,000
Equipment- 2 computers, 2 map plotters, communication equipment	45,000		45,000
Operational Costs (first five years) – Marine craft rental, fuel, vehicle expenses	25,000		25,000
Data Acquisition- LIDAR of Saipan coast if necessary	500,000		500,000
Sub Total			1,225,000
Contingency 10%			122,500
Total Project Expenses			**$1,347,500**

Contact person: Edwin Harp, US Geological Survey, 1711 Illinois Street, Golden, CO 80401 – e-mail: harp@usgs.gov

REDUCING VULNERABILITY TO HEALTH RISKS DURING DISASTER EMERGENCIES FOR COMMUNITIES IN TUVALU AND TOKELAU THROUGH COMMUNITY EMPOWERMENT

The Problem and Current Situation

Many Pacific communities live in rural and relatively isolated areas, are highly vulnerable to disasters, and unfortunately not well prepared to prevent the unnecessary loss of lives and injuries caused by these disasters. Tuvalu and Tokelau are among the most vulnerable communities of the Pacific to natural disasters especially cyclone, storm surge and sea rise.

Overall Project Goal

The overall goal of this two-year project is to reduce the disaster vulnerability of two isolated Pacific Island Countries, Tuvalu and Tokelau, , through improved preparedness and community empowerment in health disaster management. This project will become a model for other Pacific island nations.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: One Community Disaster Management Team (CDMT) will be in place for each target community

1. A stake holders meeting will be organized in Tokelau and Tuvalu to select and appoint the CDMT for each of these two communities.
2. The CDMT will be composed of men, women and young people as well as a community health worker and will be responsible for:
   a. informing the community members about health risks in case of disasters and how to reduce the risk of loss of lives and injuries
   b. leading and participating in preparation, response and recovery activities in the community
   c. integrating existing traditional coping mechanisms in case of disasters
3. Likely partners will be identified and contacted.
4. *Expected Outcome: A report produced by the Ministries of Health of Tuvalu and Tokelau including the number of stakeholders attending the planning sessions, a completed stakeholder analysis, the list of members on the community disaster management team, and their terms of reference.*

Objective 2: A community profile is developed by the Community Disaster Management Team (CDMT) to include hazard identification and risk prioritization.

1. Training on risk assessment and health emergency management will be organized by the Fiji School of Medicine for the Community Disaster Management Teams. National and regional technical assistance will be used.
2. The CDMT will identify community hazards, prioritizes risks and develops a community profile. Indicators will include emergency health hazards and risks listed, mapped and prioritized
3. *Expected Outcome: A report from the CDMT including a prioritized list of emergency health hazards and risks.*

Objective 3: A Disaster Management Plan will be developed by the communities

1. The plan will involve all stakeholders and take into consideration all traditional disaster coping mechanisms.
2. A health emergency action planning workshop will be held for each community using participatory planning process.
3. The action plan will include preparedness and response, traditional coping mechanisms and will be linked to the national disaster management plan.
4. *Expected Outcomes: 1) Action plan produced by each Community Disaster Management Team. The plan will include sections on preparedness and response and will be linked to the national disaster management plan. 2) Minutes from the meetings held in the Tuvalu and Tokelau.*

Objective 4: Target communities understand the Disaster Management Plan

1. Awareness workshops will be organized by each Community Disaster Management Team.
2. Meetings will be organized two times a year to familiarize the community with the Disaster Management Plan and to better prepare them for disasters.
3. The whole community will be invited to participate in the awareness workshop.
4. *Expected Outcome: Minutes from the meetings*

Objective 5: The communities are familiar with the Disaster Management Plan

1. Exercises will be organized by the CDMT from each community.
2. The exercise will take place once a year in each community to keep the communities up to date with the Community Disaster Plan.
3. *Expected Outcome: Report on each exercise produced by the Community Disaster Management Teams. The report will include a list of participants, goals, indicators, lessons learned and areas requiring improvement.*

Objective 6: Development of a Community Disaster Management Manual

1. The manual will be developed by the Community Disaster Management Team using lessons learned and local knowledge from the communities in Tokelau and Tuvalu. These lessons will be shared with other Pacific Island Countries facing the same disaster risks.
2. Results from the exercises will be used to improve the Plan.
3. *Expected Outcome: A manual that includes the latest version of the Community Disaster Management Plan, minutes from the meetings, reports from the exercises and lessons learned.*

Collaborating Agencies

The Ministries of Health on Tuvalu and Tokelau will coordinate the project and monitor its implementation.

The Community Health Workers will take important role in the CDMT and the project implementation.

Tuvalu Red Cross will participate in all steps of the project implementation

Fiji School of Medicine will provide technical guidance to the national and community authorities.

All other non-governmental organizations (NGOs) present in the field will be involved in all steps of the project implementation.

Monitoring/ Evaluation Methodology

1. The Ministries of Health of Tokelau and Tuvalu will assign a project coordinator to be involved in all steps of the project implementation.

2. Semi-annual reports will be provided by the Community Disaster Management Teams.
3. A Project evaluation will be done at end of the 2 years. The evaluation will include feedback from collaborating agencies and donor(s).

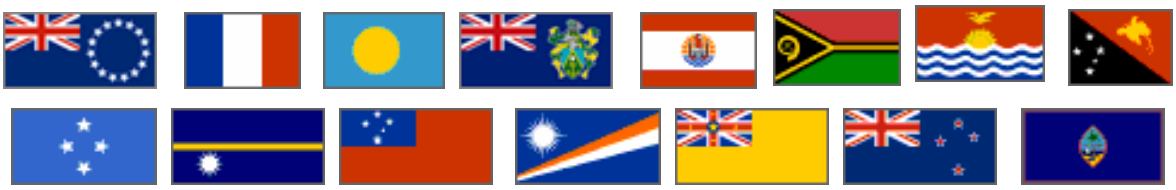
Budget Summary

Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution	Total Budget (U$ $)
Personnel (Salary/Benefits)		4,000	4,000
Technical consultants: 10 weeks@1,200U$D	12,000		12,000
Project officer in Tokelau 20,000U$D)	20,000		20,000
Project officer in Tuvalu	20,000		20,000
Travel & accommodations of consultants	30,000	1,000	31,000
Direct Implementation Costs	20,000		20,000
Equipment (computers)	4,000	1,000	5,000
Operational Costs	2,000	1,000	3,000
SUBTOTAL			115,000
Contingency 10%			11,500
Total Project Expenses			**126,500**

Contact person: Dr. Sitaleki Finau, Auckland, New Zealand, e-m ail: s.a.finau@massey.ac.nz

PACIFIC LEARNING FROM EMERGENCIES AND DISASTERS (PLEAD)

A concept proposal for Recovery



The Problem and Current Situation

Health effects (e.g. injuries, drowning) of natural disasters can be due to the event itself or can follow on from secondary events such as disruption of physical infrastructure or health service delivery, significant movements of populations, or problems with accessing sufficient and safe food and drinking water.

Pacific Island Countries and Territories (PICTs) differ in their capacity to prepare for and respond to natural disasters. Resource availability, access to external aid, disaster response organizations, existing national organizational structures, and legal and planning frameworks—as well as how a community has traditionally dealt with particular disasters—all have an impact on how a nation will choose to and be able to respond.

The need to strengthen disaster preparedness, response, and recovery in the Pacific is now widely recognized, given impetus by the 2004 Indian Ocean tsunami. Efforts are being made to strengthen both regional and national responses to health disasters and emergencies.

It is also recognized around the world that effective preparedness, response, and recovery actions can make a real difference to the health impacts of natural disasters. If these benefits are to be maximized in the Pacific, it is important that responses be evaluated, and that lessons learned be disseminated throughout the region. Doing so, future responses will be further improved, and thus, the health of communities better protected.

Overall Project Goal

The aim of the proposed three-year project is to strengthen health disaster management in PICTs through an evaluation of efforts undertaken and the dissemination of lessons learned. More specifically, an evaluation methodology will be developed, a network of peer evaluators will be identified and trained, the responses to 5 events in PICTs will be evaluated by small teams of these peer evaluators, and lessons learned will be disseminated both electronically throughout the region and in summary form via publication in the Pacific Health Dialog. Using a peer evaluation process will also have the secondary benefit of providing on-going training opportunities for those PICT emergency management staff undertaking the evaluations, further strengthening disaster management in countries throughout the region.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: An evaluation tool will be developed.

1. The project coordinator will establish a Project Coordinating Committee (PCC) that will gather available evaluation tools, adapt them to a Pacific setting, produce a

draft for distribution to and comment by PICT governments, and then will finalize the tool based on the feedback received.

2. The emphasis will be on producing a tool that is simple to use, and that optimizes the identification of key practical disaster management issues. Within 6 months a draft evaluation tool will be disseminated to pre-designated PICT locations.
3. *Expected Outcomes:*
   1) *A month after the start of the project, a Project Coordinating Committee will have been formed.*
   2) *Within six months of the start of the project, a draft evaluation tool will be disseminated to the pre-designated PICT.*
   3) *Within a year of the start of the project, a standard evaluation tool will have been developed for all participating PICTS.*

Objective 2: Peer evaluators will be identified and trained in evaluation methodology.

2. The project coordinator will ask the PICT governments to identify 1-2 staff who will become peer evaluators. Guidance will be provided on the types of staff or qualifications required for the PICTs to nominate an individual. Emphasis will be placed on: on-going involvement in emergency management issues in country and on maximization of on-going training benefits through involvement in evaluation processes.
3. The nominated peer evaluators will be brought together for a regional workshop. They will be trained in the evaluation methodology. The workshop will also be an opportunity to begin building a network of emergency managers for the region.
4. *Expected Outcomes:*
   1) *Within 6 months of the start of the project, designated peer evaluators will have been selected and contacted.*
   2) *Within 18 months of the start of the project, 1-2 peer evaluators from each participating PICTs will have been trained.*

Objective 3: An electronic dissemination network will be established.

1. Beginning with the nominated peer evaluators themselves, an electronic dissemination network will be developed for use in sharing the evaluations and, most importantly, the lessons learned.
2. The evaluators and key regional organizations such as the Secretariat of the Pacific Community (SPC), the South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC), and the World Health Organization (WHO), will be asked to list individuals and organizations that should be included in the network.
3. Using SPC's experience in operating networks and communication procedures, the Project Coordinating Committee will use other means of communication (mail, fax), for islands where it is deemed necessary.
4. *Expected Outcome: By the end of the three-year project an electronic dissemination network will be in place.*

Objective 4: Responses to five different events will be evaluated, and lessons learned will be identified and disseminated in the region.

1. The project coordinator will inform the PICT governments of the availability of the peer evaluators and of their role (and value for the PICT). PICT governments will be encouraged to contact the

coordinator about events they think are suitable for evaluation.

2. Upon notification of an event, the coordinator will identify a 3- person team, nominate a team leader, and make the logistical arrangements for the team to conduct an evaluation visit. It is anticipated that approximately 1 week will be necessary for the visit.
3. At the conclusion of the visit, the team will prepare a report and provide it to the coordinator.
4. The coordinator will send the report to the host government to give its officials an opportunity to provide comments and clarifications.
5. The coordinator and team leader will integrate the comments and clarifications provided, finalize the report, and disseminate it via the network.
6. *Expected Outcomes: By the end of the project:*
   1) *Five event reports will have been produced by the Project Coordinating Committee*
   2) *The coordinator will have prepared a summary report discussing overall lessons learned. The summary report will have been disseminated and published in the Pacific Health Dialog.*

Collaborating Agencies

The project will be implemented region-wide and will be coordinated by SPC through its Public Health Program based in Noumea, New Caledonia. A number of regional and national organizations will be involved in the effort.

- PICTs governments: will nominate staff to be trained as peer evaluators, and will make them available to undertake these evaluations. They will also advise the coordinator of events suitable for evaluation. The project coordinator will ask some PICTs to provide members of the Project Coordinating Committee (PCC)
- WHO: will provide technical support and a member for the PCC
- SOPAC will provide technical support and a member for the PCC
- SPC: will host the project and provide in-kind technical and other support. Through the Project Coordinator, SPC will also provide the secretariat for the PCC.

Monitoring/ Evaluation Methodology

The Project Coordinating Committee will oversee the implementation of the project. Over the three-year project, five project reports will be provided to the donor organization. Key milestones will include the preparation of the evaluation methodology, the nomination by PICTs of peer evaluators, the training of these evaluators via a regional workshop, the production of evaluation reports concerning 5 health emergencies in PICTs, the production of a summary report of lessons learned, and the dissemination of information via the network and via a publication in the Pacific Health Dialog.

Budget Summary

The total cost of the project is estimated to be $915,000 USD, including an in-kind contribution of $230,000 (mainly for personnel costs, associated with providing technical input). Funds are needed for a project coordinator; travel in the region by the coordinator and evaluation teams; and costs associated with the training workshop and communication/publication.

Category	Project Expense	In-Kind Contribution	Total Budget (US $)
Personnel (Salary/Benefits): 1 full-time coordinator	300,000	200,000	500,000
Travel: travel by coordinator to PICTs; travel by 3 evaluators to each of 5 events.	80,000	-	80,000
Direct Implementation Costs		-	250,000
1 regional training workshop for evaluators	100,000		
Project Coordinating Committee meetings (2 per year for 3 years)	150,000		
Equipment (laptop etc)	15,000	10,000	25,000
Operational Costs (communication etc)	40,000	20,000	60,000
Contingency 10%			91,500
Total Project Expenses	**685,000**	**230,000**	**1,006,500**

Contact person: Tom Kiedrzynski, SPC, P.O. Box D5, Noumea, 98848, New Caledonia, e-mail: tomk@spc.int

EMPOWERING COMMUNITY WITH TRAINING ON PSYCHO-SOCIAL SUPPORT IN DISASTERS

Pilot project in Pohnpei, Federated States of Micronesia

The Problem and Current Situation

Micronesian islands are among the most frequently hit by typhoons in the Pacific. In 2002, Typhoon Chata'an hit Chuuk State with very heavy rain. Surface flooding occurred in low lying areas of the state capital, causing breakdown of normal public utilities. In 2004, Typhoon Sudal passed through Yap State causing widespread damage to residences, public structures, infrastructure, and agriculture facilities. The physical damages caused by these disasters and many others are well known and documented. In recent years, plans have been developed to help mediate the physical impact of natural disasters in Micronesia.

Disasters have also psychological consequences. Everyone who faces a natural disaster is psychologically affected by it. The psychological trauma has effects on individual health, family interactions, and stress-related risk behaviors. At the moment, psycho-social consequences of disasters are not being addressed in the planning efforts of the Federated States of Micronesia (FSM).

Overall Project Goal

The two year project is designed to build the capacity of the communities of Micronesia to deal with the psycho-social impact of disasters. The project will be conducted and sustained by communities of Pohnpei, a Micronesian State with a population of 30,000 persons. Eventually, this project could be expanded to all states in FSM and other Pacific countries.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: The initiative is approved and awareness is raised through a consultative meeting with stakeholders.

1. A consultative meeting with stakeholders and expert consultants will be organized by the Centers for Disease Control and Prevention/ Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI). The importance and need for psychological support related to disaster will be emphasized. As this project targets the community, the involvement of the community at an early stage is crucial to the success of this project.
2. At the meeting, a task force will be formed. Its function will be to monitor and advise the project officer on the implementation of the program.
3. The task force will be responsible for selecting a project officer.

4. The project officer will be responsible for coordinating and managing the program and for implementing the recommendations of the task force
5. *Expected Outcomes: List of members of the task force, minutes from each consultative meeting, selection of project officer.*

Objective 2: Pilot communities are identified and prospective trainees are selected by the community.

1. Communities will be selected by the task force.
2. The project officer will contact the selected communities and meets with the community leaders to identify prospective trainees for the program. Trainees should be selected to represent the different segments of the actual population and culturally appropriate providers of psycho-social help.
3. The project officer will compile a list of the communities approached and a list of potential trainees. The project officer will then make a preliminary contact with the potential trainees to assess the level of interest, offer the opportunity to get involved in the development of the curriculum that will be used, and receive a commitment on their part for the time of the project.
4. *Expected Outcomes: No later than three months after the start of the project, target communities will be selected, and a list of potential trainees will be compiled and the trainees will be contacted.*

Objective 3: Traditional coping mechanisms and information related to psycho-social issues are identified and documented.

1. A meaningful intervention cannot be developed without strong consideration of the traditional coping mechanisms of the targeted communities. Culturally relevant information will be collected through a literature review, observations, and interviews of key informants of the communities targeted and people with relevant expertise on Pohnpei.
2. The information will be tabulated by the task force and analyzed by the project officer. A cultural inventory matrix listing the mechanism, the agencies and the people will be compiled.
3. *Expected Outcomes:*
   1) *Report including a summary of the literature review and a record of conclusions from observation and interviews.*
   2) *Cultural inventory matrix of the mechanism, agencies and people who could provide psycho-social support in Micronesia in disaster situations.*

Objective 4: Guidelines for psychological support interventions and training modules are developed.

1. The inventory matrix is used by the project officer, the task force, and the expert consultant to produce guidelines that will guide the making of the training modules.
2. Curricula that are used in the region will be reviewed and used. Through a collaborative effort between the project officer, the task force, and the expert consultants, training modules on culturally appropriate psycho-social support will be produced for Pohnpei.
3. *Expected Outcomes: By the end of the first year of the project, guidelines and training modules will have been produced.*

Objective 5: Training is provided to people who need to be empowered to provide psychological services (e.g. first responders, community volunteers, spiritual

and traditional leaders, public health personnel)

1. The developed modules will be used in workshops on disaster psycho-social support given to people who need to be empowered to provide psychological services.
2. Expert consultants will assist in the facilitation of the workshops.
3. *Expected Outcome: Number of training sessions and demographics of participants will be collected.*

Objective 6: Trained personnel provides community awareness sessions

1. The newly trained personnel from each community will organize and facilitate awareness sessions according to the action plan developed in the workshop.
2. According to each community, the awareness sessions might be done in a communal setting, home setting, etc.
3. *Expected Outcome: Demographics of people participating in each session will be collected and awareness sessions will be provided in a predetermined number of communities.*

Collaborating Agencies

A number of agencies and organizations at various levels of government will be involved in the effort as follows, the:

1. Ministry of Health: member of the task force, lead agency: manpower, legal authority, technical assistance
2. CDC/PEHI: potential lead agency, technical assistance
3. Non-governmental organizations (NGOs): collection of information
4. Red Cross – part of the National Disaster Preparedness plan for FSM. Collaboration: existing training material on Psychological Support, Red Cross network and partnership according to the Red Cross disaster management plan.
5. Fiji School of Medicine: technical assistance
6. Local police and fire department (first responders)

Monitoring/ Evaluation Methodology

The training program will be reviewed by the Fiji School of Medicine, the CDC/PEHI or another appropriate lead agency. The evaluation process will include: regular monitoring of planning and implementation by the project officer; a consultant and donor bi-annual progress report; and a summative project evaluation at the end of the 2nd year by internal and external evaluators. A final report will be disseminated through the Secretariat of the Pacific Community (SPC), the South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC), World Health Organization (WHO), etc. for future use in other Pacific Island countries and territories.

Budget Summary (U$D)

Category	**Project Expense**	**In-Kind Contribution**	**Total Budget (U$$)**
Personnel (Salary/Benefits) (incl. full-time project officer 15,000USD per year and Technical assistant/consultant 5 weeks @)1,200USD	36,000		36,000
Travel& accommodation	28,000	2,000	30,000
Direct Implementation Costs (training/awareness)	8,000	2,000	10,000
Equipment (computer)	2,000		2,000
Operational Costs	2,000	1,000	3,000
Sub Total			81,000
10% Contingency Expenses			8,100
Total Project Expenses			**89,100**

Contact person: Lise Martel, CDC/ PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, USA, e-mail: lmartel@cdc.gov

HEALTH DISASTER RISK MANAGEMENT TRAINING IN THE PACIFIC

The Problem and Current Situation

Studies have identified serious deficiencies in the Pacific related to health, the medical workforce, and health facilities. The lack of certified / qualified Health Disaster Risk Managers magnifies regional, national, and community vulnerability to both natural and man-made disasters. Currently, there are no formal training programs to train certified / qualified Health Disaster Risk Managers in the Pacific.

Overall Project Goal

The overall goal is to train Health Disaster Risk Managers (HDRM) for the Pacific. The HDRM will provide the leadership role through an all-health hazards approach including prevention, mitigation, preparedness, response, and recovery. In developing this project, every effort will be made to utilize existing Pacific institutions and agencies to achieve training goal and objectives. The Secretariat of the Pacific Community (SPC) will take the lead institutional role to conduct an initial organizational workshop to bring together the School of Public Health & Primary Care / Fiji School of Medicine (SPH&PC) and its counterpart Francophone Educational Institutions (FEIs: local universities or extension educational programs in New Caledonia and French Polynesia). The Anglophone and Francophone counterparts will collaborate to develop a core regional curriculum to train regional Health Disaster Risk Managers. These institutions will also recruit and hire faculty and trainers, and train up to 440 students from 22 Pacific Island countries over a seven-year period. The method of instruction will follow a flexible learning process (face-to-face learning and, where possible, a mix of distance learning techniques) appropriate to the different educational needs and available communications technologies of the target countries. The SPH&PC will conduct both undergraduate and postgraduate training courses leading to a formal Public Health Certificate in HDRM and beyond (Diploma, Bachelors, and Masters Degree) in 18 Anglophone countries. The counterpart FEIs will conduct HDRM training through fixed period training programs (one-month per year) in four Francophone countries over a seven-year period. An initial workshop at SPC will provide the venue and commence the process for direct and ongoing communications between SPH&PC and FEIs to share curricula, teaching methods, and continuing training successes and challenges. Thereafter, a yearly annual workshop at SPC will provide a face-to-face venue for educators to formally discuss and share their ongoing training activities and respond to annual formative evaluation of the project.

Objectives, Activities and Indicators

The concept of developing a HDRM training program was endorsed by the Ministers of Health attending the Second Disaster Risk Management Summit in Fiji June 2005 and forwarded to the Round Table Meeting at the WHO Regional Health Ministers conference in Noumea, New Caledonia in September 2005 for broader endorsement. By the end of this

seven-year project, 440 Health Disaster Risk Managers from 18 Anglophone and 4 francophone Pacific Island countries will have been trained. This will be done by the following:

Objective 1: Workshop to initiate framework and communication process between SPH & PC, and FEIs.

1. Within three months of funding, SPC will sponsor a workshop in Noumea to bring together a small group of medical / public health educators, and administrators from the SPH&PC and counterpart FEIs to select HDRM experts to initiate a regional institution-to-institution framework and communication process and develop a regional core HRDM curriculum.
2. Between subsequent annual workshops, participating institutions will, on an ongoing basis, directly share their curriculum and implementation progress with each other.
3. A formative evaluation process of the project will be agreed upon by SPC and the participating institutions. The evaluation will be conducted annually and shared with the participating Ministries of Health. Thereafter, SPC will sponsor annual workshops to formally discuss, in a face-to-face fashion, project successes and challenges and report on annual formative evaluation of program progress.
4. *Expected Outcomes:*
   1) *List of participants of the initial meeting.*
   2) *Yearly formative evaluation produced by SPC*

Objective 2: A regional core curriculum will be developed

1. Within 6 to 12 months of the initial SPC sponsored workshop
   1) a regional core curriculum will be developed by the participating institutions
   2) the curriculum will be shared electronically and discussed by conference telephone. The unanimous adoption of a common regional curriculum is not necessarily the goal of the project. The curriculum can be adapted to meet local educational needs and availability of communication technologies of the participating countries.
   3) The SPH&PC will develop an undergraduate and postgraduate curricula leading to a formal Public Health Certificate in HDRM (five courses / 10 credits). The opportunity to continue on academically to higher qualifications (Diploma, Bachelors, and Masters Degrees) will be available.
2. In years one through three, a six-week training process will be initiated in six new PICTs per year. Thereafter, in years 2 though 7, one two-week course will be conducted in each country so that, by year seven, 360 health and emergency workers in 18 PICTs will have completed a Public Health Certificate in HDRM.
3. The counterpart Francophone educational institutions will develop a curriculum and process which will be taught annually over a one-month period to 80 or more health and emergency workers. Adaptation of this process into a larger educational framework, like that of the SPH&PC will be left up to FEI educators and participating Francophone Ministries of Health.
4. Within 6 to 12 months of the initial workshop, the teaching process will commence. Over a seven-year

period, a minimum 440 health care workers and emergency managers will receive basic HDRM training in order to provide the leadership roles in their respective communities to deal with both environmental and man-made disasters.

5. SPC and participating educational institutions will agree to implement a formative evaluation process and format to assess whether the program is living up to its goals and objectives and is of merit and worth. These formative evaluations will be shared with the Ministries of Health of the participating countries.
6. *Expected Outcomes:*
   1) *English and French regional core curricula will be developed.*
   2) *By the end of the project, the English curriculum will have been taught to 360 health and emergency workers and the French curriculum will have been taught to 80 health and emergency workers.*
   3) *A formative evaluation form will have been developed.*

Collaborating Agencies

A number of agencies and organizations at various levels of government will be involved in the effort as follows:

- Ministries of Health of Pacific Islands
- Universities in New Caledonia, French Polynesia, and Wallace and Futuna
- School of Public Health & Primary Care / Fiji School of Medicine
- University of the South Pacific
- Other Training & Technical Assistance Agencies

Monitoring/ Evaluation Methodology

At the beginning of the project and throughout its life, SPC and the participating educational institutions will agree on a format and process for formative evaluation to be conducted by external donor organizations. Donor organizations will be provided annual progress reports by SPC and the participating institutions. This formative evaluation report will be presented at the annual workshop sponsored by SPC. Stakeholders to receive the annual formative evaluation reports will include:

- Ministries of Health of Pacific Islands
- Western Pacific Regional Office / WHO
- Secretariat of the Pacific Community
- Participating Educational Institutions: SPH&PC /FSM, Counterpart French Educational Institutions (FEIs)
- Pacific Emergency Health Initiative / Centers for Disease Control and Prevention
- SOPAC

Concept Proposal Contacts

- Secretariat of the Pacific Community: Dr. Tom Kiedrzynski, tomk@spc.int
- School of Public Health & Primary Care / Fiji School of Medicine: Dr. Sitaleki Finau, s.finau@fsm.ac.fj
- Francophone Representative: Dr. Dominique Marghem: dominique.margham@sante.gov.pf
- Pacific Emergency Health Initiative / Centers for Disease Control & Prevention: Dr. Mark Keim, mkeim@cdc.gov
- U.S.-Associated Pacific Islands: Dr. Gregory Dever, gdever@palaunet.com

Budget Summary

The total cost of the project over seven years is estimated to be **$4,531,560 USD** with a small component of in kind contribution from the existing organizations. Funds are needed for the project to commence since the existing regional organizations do not have the financial capacity to meet these costs.

Category	Project Expense (U$$)	In-kind Contribution	Total Budget
1. Validation		WHO/SPC	
2. Annual SPC Meeting costs			
2.1 Organizational Meeting	100,000 / yr		Y 1-7 $700,000
3. Curriculum development & teaching			
3.1 Consultant (fees & travel) SPH&PC:Yr 1: $25, 000 FEIs: Year 1-7: $80,000 / yr x 7	25,000 560,000		$585,000
3.2 New faculty FTEs SPH&PC:Year 1-7:1 FTE ($100,000) x 2 / year x 7yrs	1,400,000		$1,400,000
3.3 Tuition – SPH&PC ($500 per person per 2 credit course) -Year 1 – 20 persons /country x 6 countries -Year 2 – 20 persons per country x 12 countries -Year 3-5 – 20 persons per country x 18 countries -Year 6 – 20 persons per country x 12 countries -Year 7 – 20 persons per county x 6 countries	Y1 60,000 Y2 - 120,000 Y3-5 -180,000 Y6 - 120,000 Y7 - 60,000		Y1-7 $900,000
3.4 Operational cost of faculties		Y1-7 50,000 / yr	Y 1-7 350,000
4. Faculty & trainer Travel and per diem			
4.1 Travel & per diem – **SPH&PC** Year 1 – 1 six-week session ($9,300) x 6 new countries Y2 – 1 six-week session ($9,300) x 6 new countries - 1 two-week session ($5,100) x 6 countries Y3 – 1 six-week session ($9,300) x 6 new countries - 1 two-week session ($5,100) x 12 countries Y4-5-1 two-week session ($5,100) x 18 countries Y6 – 1 two-week session ($5,100) x 12 countries Y7 – 1 two week session ($5,100) x 6 countries	Y1 - 55,800 Y2 - 86,400 Y3 - 117,000 Y4&5 - 91,800 Y6 - 61,200 Y7 - 30,600		Y1-7 534,600
Sub Total			4,119,600
Contingency 10%			411,960
Total Project Expenses			**4,531,560**

Contact person: Dominique Marghem, Health director office, BP 611, 98713 Papeete, French Polynesia, e-mail: Dominique.marghem@sante.gov.pf

INCREASED COMMUNITY CAPACITY FOR ESTABLISHING AND MANAGING EMERGENCY SETTLEMENTS

A Proposal Serving the Needs of Twenty-Two Pacific Island Countries and Jurisdictions

The Problem and Current Situation

Studies have identified serious short comings in the Pacific related to emphasis placed on inclusion of health issues in the establishment and management of emergency settlements. The lack of capacities and capabilities within Pacific communities often results in the unnecessary loss of life due to infectious diseases. In fact, past experience shows that the consequences of poor health service delivery in emergency settlements can actually be more damaging then the actual disaster experienced. The provision of basic shelters, water supply, toilet facilities, refuse disposal pits, waste water drainage are minimum health services required to prevent or contain the outbreak of infectious diseases that often devastate such settlements. These emergency settlements are expected to provide necessary support for affected populations during the process of response and until they can move back to their homes, for a period that may vary from a few days as much as two years.

Overall Project Goal

The overall goal of this two-year project is to raise awareness and empower communities of 22 nations of the Pacific to address key health issues related to the establishment of emergency settlements. At the conclusion of the awareness raising program, communities will be expected to have prepared a basic manual of Emergency Operation Plan (EOP) in their own language. The EOP manual will provide standard operation procedures (SOPs) that have to be accomplished to ensure proper management of health issues in emergency settlements. The project will be managed by the School of Public Health of the Fiji School of Medicine, a Pacific institution that has the capacity to deliver empowerment programs in environmental health issues.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Training will be provided to trainers from the respective 22 nations.

1. The Health Ministries of the 22 nations of the Pacific will nominate individuals to serve as representatives for their nation. Upon completion of the training, the nominees will be expected to become trainers[2] in their own

[2] The Health Ministers must agree prior to selection that candidates be given the time in their schedules to

nation. Those nominated may include, but is not restricted to, current practitioners of the respective nations.

2. A two week-long program will be offered by the Fiji School of Medicine to the representatives selected by the Health Ministries. The program will cover the following topics: underlying rationale for including good shelter, water supply, toilets, refuse pits and waste water drainage; knowledge and skills required to effectively supervise local implementation activities, and vector borne diseases. The trainees will develop the necessary skills to: conduct an assessment of current knowledge in their own community, modify the content of the training to fit the current knowledge of their community, develop an Emergency Operation Plan (EOP) that integrate Sphere and NIMS guidelines, and lead training sessions in their own community. All trainees will receive a manual containing: all pertinent content and recommended teaching methodologies; evaluation forms; and references. Trainees will also receive a copy of the Sphere manual[3] in English or French, according to each trainee's preference.
3. *Expected Outcomes:*
    1) *List of trainees compiled from the names provided by Health Ministries*
    2) *Attendance records and grades of trainees for the 2-weeks training of the Fiji School of Medicine*
    3) *Evaluation forms filled by trainees, attesting they have received all promised materials and training*

Objective 2: Conduct community empowerment programs to assure the inclusion of health issues in the establishment and management of emergency settlements.

1. Each Health Ministry will organize and advertise training sessions in communities of their nation.
2. Newly qualified trainers will offer the training. The empowerment programs will be conducted in individual communities and will emphasize local participation.
3. The trainers will serve as a focal point of the community empowerment programs and will help the local communities to
    1) develop the skills and knowledge promoted by the Fiji School of Medicine program
    2) appraise the existing health services that are available on sites that would serve as emergency settlements during a disaster situation or identify other potential emergency settlement sites
    3) identify the health service gaps that would need to be filled and make recommendations on how the gaps might be filled.
4. *Expected Outcomes:*
    1) *a list of attendees for each of the sessions provided in the communities of each nation*
    2) *a one-page report on the health services and gaps of each emergency settlement site*

complete the training and planning activities required over the life of the project. It is recommended that the Health Ministries alter selected candidates position descriptions to reflect this change in work load.

[3] Sphere standards will be used as the main guide for determining the appropriate standards to use in emergency settlements. Other guidelines from CDC, WHO, IFRC, UNICEF and other organizations will also be integrated.

3) *evaluation forms filled by the participants*

Objective 3: Develop Community-based Emergency Operation Plans (EOPs) to ensure proper management of health issues in emergency settlements.

1. The Ministries of Health will call a meeting of the different agencies that would play a leading role in ensuring health measures in emergency settlements in disaster situations and will establish a community committee.
2. Using the input from these leading agencies, the community committee will develop SOPs for their nation. Trainees from the Fiji School of Medicine program will serve as facilitator.
3. The SOPs will build on and be informed by the traditional coping skills of the communities.
4. The SOPs will be compiled in a comprehensive EOP.
5. The committee will use the SOPs to develop a list of potential projects that should be undertaken in their community to facilitate the establishment of a community baseline that will facilitate the maintenance and adoption of appropriate health measures in emergency settlements in times of disaster.
6. A table top exercise will be held at the end of the project to test the EOP.
7. *Expected Outcomes:*
   1) *Attendance list for the meeting of leading agencies organized by the Ministries of Health*
   2) *An EOP including a compilation of developed SOPs produced by the community committee under the guidance of the trainee; a National Incident Management System (NIMS) structure; SPHERE standards targeted; and contact lists. The SOPs should cover issues related to water and food, sanitation, vector control, waste disposal and other health-related issues.*
   3) *A list of potential projects*
   4) *Evaluation of EOP under the guidance of the Centers for Disease Control and Prevention/ Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI).*

Project Collaboration

A number of agencies and organizations at various levels of government will be involved in the effort:

- Ministries of Health of Pacific Islands will authorize the implementation of the project, identify people to be trained by the Fiji School of Medicine, organize local trainings and local development of EOP and SOPs.
- Fiji School of Medicine (FSM) will provide the initial training of trainers and will monitor the progress of the project. FSM will be responsible for monitoring the production of the promised documents (meeting reports, emergency settlement evaluations, EOP, SOPs, etc.)
- Trainees of the FSM program will be responsible for conducting training in local communities, facilitate the development of SOPs at the local level and produce required reports for each event.
- The community committee will be responsible for producing the final EOP document
- Western Pacific Regional Office / World Health Organization (WHO) may provide training and learning materials and technical support.
- PEHI / CDC will assist in program design and provide technical assistance for the compilation of SOPs and the production of the EOP.
- UNICEF and International Federation of Red Cross and Red Crescent (IFRC)

may be requested to provide technical assistance and guidelines.

Monitoring/ Evaluation Methodology

At the beginning of the project and throughout its life, the FSM will provide periodic progress reports to donor organizations. The FSM will also periodically update the following organizations on the project progress:

- *Ministries of Health of Pacific Islands*
- *Secretariat of the Pacific Community will receive regular reports and may provide expertise or other forms of input.*
- *South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC) will receive medium term and end of project reports.*

Budget Summary

The total cost of the project is estimated to $3,500, 000 US, with $2,640,000 or 83% of the total being composed of in kind contributions from the 22 countries. Funds in the amount $860,000 are needed from donor organizations for the project to commence.

Category	Project Expense US $	In-kind Contribution US $	Sub totals US $
1. Conduct Community Empowerment programs			
1.1 Regional Training of Trainers	100,000		100,000
1.2 In Country training	220,000	880,000	1,000,000
2. Develop Community SOP's			
2.1 Regional Training on Facilitation of SOP preparation and production of EOP	100,000		100,000
2.2 In Country Facilitation	220,000	880,000	1,000,000
2.3 Compilation and testing of SOP's	220,000	880,000	1,000,000
Sub Total	860,000	2,640,000	3,200,000
Contingency 10%			300,000
Total Project Expenses			**3,500,000**

Contact person: Noa Tokavou, Fiji School of Medicine, Private Mail Bag, Suva, Fiji, e-mail: n.tokavou@fsm.ac.fj

STRENGTHENED NATIONAL INFLUENZA PREPAREDNESS (SNIP)

The Problem and Current Situation

It is widely accepted that a future influenza pandemic is inevitable. Although the timing of this pandemic is uncertain, the current epidemics of highly pathogenic avian influenza in South East Asia pose a significant risk of developing into the next pandemic. Clusters of human cases have been detected and the World Health Organization (WHO) fears the virus is increasing its ability to spread from person to person. Additionally, the virus has been found to have infected a range of mammalian species (e.g. pigs).

Pacific island countries and territories (PICTs) will not be safe from future pandemics. The previous pandemics had enormous health and social impacts: in 1918, for example, some of the islands of the Pacific (e.g Samoa and Tahiti) had influenza mortality rates as high as 20 to 25% of their total population. The major increase in speed and volume of international travel in the last few decades means that PICTs are now even more exposed. PICTs are also very vulnerable to the impacts of future pandemics because of the limited capacity of their health systems.

In that context, planning for the future pandemic is vital for PICTs. The need for countries to better prepare themselves has been recognized by WHO/Secretariat of the Pacific Community (SPC) Pacific Island Ministers of Health meeting in Samoa in March 2005, and some progress has been made at the regional level, with a pandemic preparedness plan in place. Strengthening influenza pandemic preparedness is also recognized as having benefits for broader communicable disease prevention and control.

However, this regional progress hasn't been mirrored at the national level: no PICT currently has completed and tested a national pandemic influenza plan, and the need for such plans is now urgent.

Overall Project Goal

The aim of the project is to reduce the impact of the future influenza pandemic on PICTs, through strengthening their preparedness for this event. More specifically, the project will work with PICTs to ensure the development of national muti-sectoral pandemic influenza plans followed by the testing and subsequent strengthening of these plans. The project will have a duration of two years. However, given the urgency of the issue, the activities of the project will be concentrated as much as possible during the earlier phases.

Objectives, Activities and Indicators

By the end of the project:

Objective 1: Each PICT will have a national influenza pandemic plan. This will be achieved through the following activities:

1. Develop and update advocacy tools (national past and future impact summaries), drawing wherever possible on existing materials, and disseminate to national decision makers.
2. Identify and disseminate examples of national and regional pandemic influenza plans from other relevant countries and regions.
3. Communicate with PICTs to identify those countries ready to undertake an early national workshop, and plan the sequence of national workshops.
4. Develop background materials for use in national workshops
5. Undertake national multi-sectoral workshop in each PICT, to develop the national plan.
6. Disseminate completed and approved national plans to other PICTs, including through the Pacific Public Health Surveillance Network (PPHSN).
7. The project will be implemented region-wide, and will be coordinated from SPC through its Public Health Program based in Nouméa, New Caledonia.
8. *Expected Outcome: Each PICT will have a national influenza pandemic plan*

Objective 2: Each national plan will be tested and updated as necessary

1. Prepare testing scenarios and background materials
2. Identify PICTs able to take part early in a test, and prepare a testing schedule
3. Undertake national testing exercise in each PICT, and prepare a provide feedback for further strengthening the plan and preparedness.
4. *Expected outcome: Each PICT will have tested their national pandemic influenza plan, and updated it as necessary.*

Project Collaboration

A number of regional and national organizations will be involved in the effort.

- PPHSN: as the accepted regional collaborative approach to controlling priority communicable diseases, will provide the regional framework and coordination, and communication mechanisms (see http://www.spc.int/phs/PPHSN). The PPHSN Influenza Specialist Group will provide the technical guidance for the project implementation.
- PICTs: with the technical guidance of the Ministry or Department of Health, each PICT government will commit to the multi-sectoral development of the national plan, and its subsequent testing and updating. National epidemic response teams (EpiNet teams) are in place which will be an important resource
- WHO: will provide technical support
- SPC: will host the project and provide in-kind technical and other support. SPC is also the PPHSN Coordinating Body Focal Point
- CDC: will provide technical support
- Other national health ministries/agencies- Australia, NZ, France, US: will provide technical support and the benefit of their experience in developing their own national plans and frameworks (some of which will have direct relevance to some of the PICTs).

Monitoring/ Evaluation Methodology

The PPHSN Influenza Specialist Group will oversee the implementation of the project. Six-monthly project reports will be provided to the donor organization. Key milestones will include the preparation of required materials, holding national workshops with multi-sectoral participation, the preparation of national

plans and their subsequent approval by the PICT government, holding exercises to test each national plan and preparing reports which identify needed adjustments to the plans, and updating the plans as necessary.

Budget Summary

The total cost of the project is estimated to be 840,000 US$, including an in-kind contribution of 230,000 (mainly for personnel costs, associated with providing technical input). Funds are needed for a project coordinator/epidemiologist, travel around the region and costs associated with workshop and testing processes.

Category	Project Expense (US$)	In-Kind Contribution (US$)	Total Budget (US$)
Personnel (Salary/Benefits): 1 full-time epidemiologist	200,000	200,000	400,000
Travel: one trip a year to all PICTs by epidemiologist and travel of national experts (to other PICTs and local)	80,000	-	80,000
Direct Implementation Costs 1 national workshop 1 testing exercise for each PICT	155,000 155,000	-	310,000
Equipment (laptop etc)	10,000	10,000	20,000
Operational Costs (communication etc)	10,000	20,000	30,000
Contingency 10%			84,000
Total Project Expenses	**610,000**	**230,000**	**924,000**

Contact person: Tom Kiedrzynski, SPC, P.O. Box D5, Noumea, 98848, New Caledonia, e-mail: tomk@spc.int

DEVELOPING RESILIENCE AND REDUCING VULNERABILITY IN THE PACIFIC: A HEAD-START ON HEALTH DISASTER RISK MANAGEMENT THROUGH SCHOOLS

The Problem and Current Situation

Throughout the Pacific, public health curriculum generally does not include issues related to health disaster risk reduction and management. Teachers of the Pacific lack the proper training and equipment to deliver health or disaster risk management curricula. Furthermore, there is a paucity of culturally appropriate material available to Pacific Island teachers to instruct on these topics. Thus, there is a need: (1) to bring together the region's available information and materials on health disaster risk management (HDRM) for use in schools; (2) to identify, develop and document traditional knowledge of common disasters in the Pacific countries; (3) and to train teachers in health disaster risk management.

Proposed Project

This 5-year project aims to bring available information and materials together—in particular, traditional knowledge. This body of knowledge will form the basis for developing a curriculum on health disaster risk management for schools through out the Pacific island states. Then, to appropriately deliver this curriculum, teachers will be trained and teaching sites will be chosen.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: An In-Country Situational Analysis of Pacific Island States is conducted.

1. A situational analysis will be done in the pilot Pacific Island states.
2. The analysis will
   1) identify the health and disaster risk reduction components of the existing school curriculum
   2) identify traditional knowledge and practices in response to common disasters
   3) review the status of the current teaching capacity and facilities
   4) analyze training needs
3. The reports from the situational analysis will be discussed at a national forum of all stakeholders
4. A project secretariat will be chosen.
5. *<u>Expected Outcomes</u>: By the end of the first year*
   1) health and risk reduction components of the current curriculum in participating countries will have been compiled
   2) traditional knowledge and practices of participating countries will have been identified
   3) an assessment of current teaching capacities, supplies and equipment in participating

countries will have been completed

4) *a presentation of the results will have been presented at a national forum of all stakeholders*
5) *a project secretariat will have been chosen*

Objective 2: A Health and Disaster Risk Management Curriculum is developed.

1. A Pacific Health and Disaster Risk Management (PHDRM) curriculum will be drafted at the forum of all stakeholders. Each country will be represented to present and discuss their respective needs.
2. The curriculum will be translated in French for French speaking nations.
3. Each Pacific Island nation will be given a copy of the curriculum for review and adaptation for their national use.
4. *Expected Outcome: By the end of the second year, using input from the compiled documents, a Pacific Health and Disaster Risk Management curriculum will have been drafted, disseminated, translated and reviewed by individual nations.*

Objective 3: Lead teachers are trained and qualified to teach health disaster risk management in their own nation.

1. The PHDRM curriculum will be used as the basis for training teachers at the country level.
2. The project secretariat will organize a training session for one teacher or one teacher supervisor of each nation. These participants will become trainers for their respective nation of the Pacific.
3. *Expected Outcome: List of lead teachers who participated to the training.*

Objective 4: Twenty teachers are trained in each nation

1. A teaching facility needed to deliver the curriculum will be identified and obtained in each nation.
2. A group of 20 teachers will be trained by the lead teacher of each nation.
4. *Expected Outcomes: By the end of year 3*

1) *at least one teacher or teacher supervisor in each nation will have been trained in the new curriculum*
2) *a list of the teaching facilities that will be used will be compiled*
3) *lists of the 20 teachers who attended the session offered by the lead teacher of each nation will have been compiled*

Objective 5: The PHDRM Education Project is monitored and evaluated on an on-going basis.

1. Evaluation and monitoring will be the responsibility of the project secretariat. The secretariat will manage this process to ensure timely submission and distribution of reports; organize workshops; and monitor the use of the curriculum.
2. The project will be reviewed bi-annually and the project secretariat will produce a formative evaluation every six months and a summative evaluation at the end of the project.
3. *Expected Outcome: Twice each year, the project secretariat will review progress and suggest improvements as appropriate.*

Project Collaboration

A number of agencies and organizations at various levels of government (from each of the 22 participating countries) will be involved in the effort as follows:

- Ministry of Education: will lead and house the project at the national level. At the outset the

buy-in of this Ministry is essential for the success of the project.

- Ministry Of Health: will provide national technical support and will work closely with the Ministry of Education and other national stakeholders to ensure the success of the project.
- Traditional leaders and their communities: are the repositories of traditional knowledge. They need to be involved at all levels.
- National Stakeholders: will work closely with the communities and also act in a liaison role. NGOs (Red Cross, PTA, Teachers' Associations, training institutions) will be involved
- Regional and international organizations (including the South Pacific Board of Education, Secretariat of the Pacific Community, Fiji School of Medicine, the University of the South Pacific, the South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC), the Centers for Disease Control and Prevention/ Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI), and the South Pacific Regional Environment Program (SPREP) will provide expertise in education, environment, disaster risk management, curriculum development and health. The involvement of these organizations is necessary to make this project reflect Pacific perspectives and expertise.

Monitoring/ Evaluation Methodology

At the beginning of the project and throughout its life, the Secretariat will manage and monitor the project. Bi-annual reports will be produced to review the project and provide formative information for project management. At the end of the project, a summative evaluation will be conducted. The reports will be submitted to the various, appropriate national and regional authorities.

Budget Summary

The total cost of the project for the 22 countries of the Pacific is estimated to $1,351,900 US.

Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel ($alary/ Benefits)			
Project Secretariat Team leader Program officer Administrative Assistant Consultants (2)	 30,000/year X 5 years 20,000/year X 5 years 15,000/year X 5 years 20,000/year X 2 X 5 years		 150,000 100,000 75,000 200,000
Travel Consultants Trainees CDC/PEHI	 Situational analysis in 22 countries X 2 at 2,000 22 countries X 3 people X 2,000 Advisors' travel @ 10,000 per year X 5 years		 88,000 132,000 50,000
Direct Implementation Costs	Utilities @ 5,000 per year X 5 years		25,000
Equipment	IT, office equipments, and furniture		55,400
Operational Costs	Regional meeting for 22 regional representatives Regional meeting venue In-country meetings X 22 countries @ 10,000 each In-country teacher training for 20 teachers in each of 22 countries @ 20,000 each Teaching facilities for schools in 22 countries @ 5,000 each		132,000 5,000 220,000 440,000 110,000
Sub-total Project Expenses			1,782,400
10% contingency			178,240
Total Budget			**1,960,640**

Contact person: Dr. Sitaleki Finau, Auckland, New Zealand, e-mail: s.a.finau@massey.ac.nz

THE PACIFIC HEALTH TEAM
Establishment of Regional Surge Capacity among Medical and Public Health Personnel in the Pacific

The Problem and Current Situation

The need for public health and medical consequences of natural disasters to be addressed has strongly been stated by Pacific Health Ministers in the 2004 Pacific Health Summit Declaration (http://www.cdc.gov/nceh/ierh/Declaration%20of%20the%20Pacific%20Health%20Summit.htm). The urgency of this need is accentuated by the drastic increase of global travel and the emergence of new threats from infectious diseases and bio-terrorism. Despite their high levels of hazards and vulnerability, most Pacific nations lack the surge capacity necessary to save the lives of their populations at risk and no regional body has for mandate to augment national surge capacity for public health and medical personnel of this region.

Proposed Project

The proposed 3-year project seeks to establish a viable mechanism to ensure the region-wide availability and accessibility of human and material emergency response resources for Pacific nations responding to natural, technological or biological disasters. This project is designed to train regional health care experts who could be deployed on short notice within the region in response to a disaster.

The Project will address mobilization issues, the development and update of a register of qualified personnel, the governmental approvals of deployment arrangements, and the establishment of mechanisms for accessing /acquiring response equipment and resources.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: The Coordinating Body and mechanism for mobilization has been identified.

1. The Fiji School of Medicine (FSM) will serve as the Secretariat of the Coordinating Body, will be the primary agent for implementation and coordination.
2. The Coordinating Body will be composed of the collaborating partners. It will define the mechanism by which nations of the Pacific will be able to get access to needed health and medical equipment.

Objective 2: Team members have been identified and recruited by the coordinating body.

1. The Secretariat will partner with regional and national professional associations to identify, recruit and admit members for registration.
2. The Secretariat will compile a directory of Pacific team member candidates for emergency.
3. The level of certification and accreditation of each member will be determined by the national professional licensing body.

Objective 3: Members are appropriately trained in disaster response.

1. The Secretariat, in association with collaborating agencies, will identify core competencies needed by members of the deployment team.
2. Based upon core competencies identified, a need assessment will be performed to determine training needs of deployment team members.
3. Training providers will be identified and training will be conducted in three places: Fiji, Palau and New Caledonia.

Objective 4: A rapidly available team of health and medical equipment is in place and maintained

1. A list of approved deployment team members will be maintained.
2. Contact information on all members will regularly be updated. It will include information of their qualifications or specialization.

Objective 5: The Secretariat is responsible for ensuring that an inventory of existing regional emergency response equipment and supplies is in place and maintained.

1. Appropriate medical equipment and supply inventory content and quantity sufficient for two weeks of disaster response will be identified.
2. Warehouse site environmentally suitable for storage of the inventory will be chosen.
3. The inventory list will be provided by the Secretariat to the Coordinating Body for procurement.
4. The Secretariat will oversee the storage, rotation and maintenance of these stocks and will contact agencies involved in national and regional stockpiling for initial and periodic reports of existing inventories of medical equipment and supplies within the Pacific region.
5. An up-to-date database inventory of these regional assets will be maintained.

Objective 6: There is an established mechanism for accessing the regional inventory of emergency response equipment and supplies.

1. The Secretariat will identify and contact regional resource providers and negotiate memoranda of understanding (MOUs) between providers and the coordinating body. The MOUs will establish a mechanism for accessing regional health and medical inventory and personnel in case of an emergency.

Objective 7: Countries have incorporated in their disaster response plans an established mechanism for requesting deployment of the regional response team.

1. The Secretariat will communicate with the National Disaster Management Offices (NDMOs) and public health officials of Pacific nations to provide information regarding how to include the mechanism for requesting access to the Pacific Health Team within their national exercise and drills.

Collaborating Agencies

A number of agencies and organizations at various levels of government will be involved:

- Centers for Disease Control and Prevention (CDC)
- United Nations Office for Coordination of Humanitarian Assistance
- National Disaster Management Offices (NDMOs)
- National and regional professional societies
- Secretariat of the Pacific Community (SPC)
- International Federation of Red Cross (IFRC)

- South Pacific Applied Commission (SOPAC)
- Emergency Management of Australia
- New Zealand Ministry of Civil Defense and Emergency Management
- France, Australia, New Zealand relief system (FRANZ)

Monitoring/ Evaluation Methodology

The Secretariat will generate a semi-annual report that will be reviewed by the Coordinating Body and submitted to the donor(s). At the end of the project term, the collaborating agencies and donor(s) will meet to evaluate the implementation of the project according to objectives listed above.

Budget Summary

The total cost of the project is estimated to be $695,000 US. Funds are needed to establish a Secretariat office, for travel to meetings, and for procurement, storage and maintenance of emergency relief and medical supplies.

Category	Project Expense	In-Kind Contribution	Total Budget
Personnel (Salary/Benefits)			
1. Project Manager: 55,000/year X 3 years 2. Trainer: 45,000/year X 3 years 3. Project Administration/Support Staff: 15,000/year X 3 years 4. Project Support from National Steering Committee	165,000 135,000 45,000	 30,000	375,000
Travel			
1. Project Manager: 15,000/year X 3 years 2. Trainer: 15,000/year X 3 years 3. In-country travel	45,000 45,000	 5,000	95,000
Direct Implementation Costs			
1. Three Sub-regional Workshop @ 30,000 2. Advocacy, Awareness Raising Meetings & Briefings 3. Negotiation of MOUs, training surveys and training delivery support	90,000 5,000	 10,000	105,000
Equipment			
1. Standby equipment for Deployment team 2. Training Equipment 3. Office Equipment $15,000 sum lump	40,000 10,000 15,000		65,000
Operational Costs			
1. Office Rent: 12,000/year X 3 years 2. Stationeries $5,000 lump sum 3. Legal fees covering MOUs 4. Water and Telephone: 2,000/year X 3 years	36,000 5,000 5,000 6,000		52,000
Sub-totals	647,000	45,000	692,000
Contingency 10%			69,200
Total Project Expenses			**761,200**

Contact persons:
Litiana Kuridrani, Fiji School of Medicine, School of Public Health and Primary Care, Suva, Fiji, e-mail: l.kuridrani@fsm.ac.fj
Dr. Sitaleki Finau, Auckland, New Zealand, e-mail: s.a.finau@massey.ac.nz

Pacific Regional Network
For the Training and Support in Disaster Risk Management (DRM)

The Problem and Current Situation

Studies have identified serious deficiencies in the disaster management health services, the medical workforce, and health facilities in the Pacific. The number of trained health personnel is insufficient, with few agreed-upon or clearly defined roles and responsibilities in Disaster Risk Management (DRM). In addition, there is (1) little effort made to carry out drills and to test existing plans, and (2) little information is available on resources[4] required in disaster situations or on how to access them.

Overall, in the region, there is little support for disaster (risk) management in the health sector. There is little capacity, practice, and need assessment, and no formal training policies and programs. There is also no regional team for health disasters, and limited communication and coordination between agencies. Because of the limited capacity of their health systems, the Pacific Island countries and territories (PICTs) are vulnerable to the impact of future disasters. In this context, it is vital for PICTs to improve the disaster (risk) management capacity of their health sector.

[4] Resources can be defined as manpower, equipment, supplies or any other tangible required to save lives and promote response during a disaster.

Overall Project Goal

The proposed five-year Regional Network for Training and Support in Disaster Risk Management project (the Network) will cover 22 Pacific Island nations. It will first develop the disaster management competencies, expertise and capacity at the national level. Secondly, it will develop training activities for national and local risk managers. In this way the Network will be better prepared to respond to health emergencies and other PICT health and disaster needs. Regional teamwork will improve the capacity of national health systems to act as required in response to disasters. Thus, this project will result in improving the ability of the PICT countries to mitigate, prepare, respond and recover from disaster situations.

Objectives, Activities and Indicators

In order to improve disaster management in health in the Pacific region, the project will increase & improve national capacities in disaster risk management in health. Project objectives and activities will be as follows:

Objective 1: A Project Coordinating Team is established.

1. The "Network" concept will be presented to all Pacific Health Ministers at the World Health

Organization (WHO) Regional Committee meeting
2. An appropriate and existing regional organization to provide a home for a coordinating body will be identified
3. The structure and composition of the coordinating body will be determined
4. Terms of Reference (TOR) of coordinator, disaster management expert and trainer will be done
5. Expert partners will be identified
6. *Expected outcomes:* *Within 3 months of project initiation*
    1) *a regional organization will have been selected to lead the Network project*
    2) *a project coordinating team of an agreed upon number of members will be establish*
    3) *regular meetings will have been scheduled*
    4) *a list of expert partners and TORs will have been drafted*

Objective 2: An Expert Group is established within PICT.

1. The Project Coordination team will
    1) Assess the expertise capacity in each PICT
    2) Define the methodology of expertise
    3) Sign TORs of national experts

2. *Expected outcomes:* *Within 6 months of project initiation an Expert Group will have been identified and established. This will result in country expertise identified (incl. their TORs and the methodology to be used) with clear counterparts in risk disaster management in heath.*

Objective 3: Assessment and planning capacity (based on existing national standards) is developed.

1. The Project Coordinating Team with the support of the identified Expert Group will:
    1) Carry out national assessments/situation analysis
    2) Identify needs
    3) Develop plans to address needs

2. *Expected outcomes:*
    1) *Within 2 years of project initiation the Project Coordination team will have conducted an assessment of all participating PICTs.*
    2) *Within 3 years, plans will be developed with all participating PICTs to deal with capacity needs. This will result in country needs assessments and capacity development plans in risk disaster management in for the health sector.*

Objective 4: Capacity of audit & evaluation is developed and utilized in testing exercises in order to update and validate the plan.

1. Method and criteria of audit/evaluation will be defined
2. Appropriate tools and materials for audit/evaluation will be developed
3. Audit and evaluation activities will be planned
4. Exercises will be conducted to test the plan. A report and analysis of the exercise will be produced.
5. The final plan will be updated according to the results of the test exercise
6. *Expected outcomes:*
    1) *By the end of the third year of the project an audit/evaluation toll will have been developed and utilized in the participating PICTs.*
    2) *During year 4 of the project, exercises will be conducted on PICT capacities and the plan will be updated.*

Objective 5: An Appropriate training program is set up and implemented within the PICTs (see concept paper "Disaster Risk Management Training in Health in the Pacific").

1. The Project Coordinating Team with the consultation of the Expert Group will
    1) Carry out a training needs analysis
    2) Develop training curriculum and materials and select the modes of teaching appropriate to location, capacity, available technology, culture and language
    3) Identify training partners, and trainers
    4) Identify trainees (incl. future trainers)
    5) Carry out training activities (incl. training of trainers) for participating PICTs.
2. *Expected outcomes: By the end of the Project a region wide capacity assessment, audit, and evaluation will have been conduct and training will have been provided in DRM for all participating PICTs.*

Collaborating Agencies

This project will involve different partners, such as international agencies, government institutions, and NGOs.

- PICT Ministries and Departments of Health: technical counterparty and targets for the project interpretation, and project monitoring through the coordinating body.
- Centers for Disease Control and Prevention/Pacific Emergency Health Initiative (CDC/PEHI): Provision of technical support and expertise
- Secretariat of the Pacific Community (SPC): Host the office of RNTSDRM Use of existing network
- World Health Organization (WHO): Technical support and expertise; Use of existing network
- South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC): Technical support and expertise
- Fiji School of Medicine: Provide experts for training
- Palau Pacific Center for Emergency Health: Provide experts for training
- Red Cross: Training support
- Universities of French Polynesia & New Caledonia: Provide experts for training

Monitoring/ Evaluation Methodology

From the beginning of the project and throughout its life, the coordinating body will assess the steps of the project and provide an annual report to each country's ministry of health. The evaluation will focus on:

1. The number and level of qualification of experts being trained in each country
2. The number of countries with an approved and validated plan for disaster risk management in the health sector
3. The report of regular test/exercises done in the region

Results will allow countries to use recommendations from the annual report to improve their risk management in health.

Budget Summary

The project total budget for a 5-year duration is **$ 5,087,500 U$D**. Assets (equipment) will be bough in the first year of the project only.

Category	Project Expense	Year 2 and following	Total 3-5 years
1. Personnel: - Project: 1 coordinator, 1 disaster management expert, 1 trainer and 1 project assistant - Faculty members	335,000 240,000	335,000 240,000	1,005,000 720,000
2. Travel (incl. per diem) - project personnel - training consultants - other experts	80,000 30,000 120,000	80,000 30,000 120,000	240,000 90,000 360,000
In-country training activities	50,000	50,000	150,000
Communication	30,000	30,000	90,000
Admin. Costs - office - stationeries	15,000 15,000	15,000 15,000	45,000 45,000
Equipment (PCs, laptop, mobile and satellite phone , video projector)	50,000		
Total Project Expenses (year 1)	**965,000**	**915,000**	**4,625,000**
Contingency 10%			462,500
		Total	**5,087,500**

Contact persons:
Noa Tokavou, Fiji School of Medicine, Private Mail Bag, Suva, Fiji, e-mail: n.tokavou@fsm.ac.fj

Dominique Marghem, Health director office, BP 611, 98713 Papeete, French Polynesia, e-mail: Dominique.marghem@sante.gov.pf

Pia Faatomo, Minister of Health of French Polynesia, BP2551-98713 Papeete, French Polynesia, e-mail: pia.faatomo@sante.min.gov.pf

Jean-Paul Grangeon, Direction des affaires sanitaires et sociales, DASS, New Caledonia, e-mail: jean-paul.grangeon@gouv.nc

Pacific Public Health Emergency Operations Planning

The Problem and Current Situation

Dealing with natural disasters and public health emergencies requires advanced comprehensive hazard assessment and strong coordinated national and regional health preparedness planning. However, the Pacific islands' overall hazard assessments are at various degrees of completion and their national health emergency operations plans are at different stages of development. Further, there is little in the way of regional hazard assessment or regional health emergency operations planning.

The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) has developed and tested a standardized process for writing public health and medical Emergency Operations Plans (EOP's). This "Automated Disaster and Emergency Planning Tool" (ADEPT) has been successfully beta-tested in six public health and ten hospital EOP's in the Pacific. ADEPT integrates objective-based disaster planning with the Sphere project standards and the incident command system.

Overall Project Goal

The overall goal of the five-year, 16 country project, is to promote the use of a standardized public health emergency operations planning (EOP) and hazard assessment tool throughout the Pacific region. It will also support the millennium development goals by developing global partnerships for emergency operations planning that enhance environmental sustainability, promote gender equality, combat disease outbreaks (SARS, pandemic flu, etc.) and reduce mortality in the Pacific.

The five-year project will be implemented in four phases for 16 Pacific Island countries. There will be an Initiation workshop to start off the process and a Regional Meeting at the end. The sequence of when each of the 16 Pacific Island counties will be phased into the project will be determined at the Initiation workshop based on geographic and risk assessment information. By the end of year one, the first Four Island nation public health (PH) EOP's will be completed, by the end of year two, the second four, by the end of year three, the third four and by the end of year four, the fourth and final group of four Island nation PH EOP's will be completed. The final year will be dedicated to the development of a regional meeting held to discuss lessons learned and to develop regional EOP that links all national EOP's

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Standardized EOPs and hazard assessment tools are developed in the sixteen Pacific countries

1. An Initiation workshop will be presented for all 16 participating island nations to (1) develop a standardized EOP and hazard

assessment tools for the region, (2) select[5] the priority island nations for each phase of the planning process (Phase 1 – 4)

2. A regional EOP will link all national EOP
3. *Expected Outcomes*
   1) *An Initiation workshop held within 3 months of initiation of project.*
   2) *EOP formats and hazard assessment tools developed at Initiation workshop*

Objective 2: The EOP and hazard assessment phases are initiated

1. *Four Island nation PH EOPs will be completed in year 1*
2. *Four Island nations PH EOPs will be completed in year 2 and year 1 EOPs will be tested*
3. *Four Island Nations PH EOPs will be completed in year 3 and year 2 EOPs will be tested*
4. *Four Island Nations PH EOPs will be completed in year 4 and year 3 EOPs will be tested*

Objective 3: A concluding Regional Workshop will be held in year five with the following outcomes:
a) finalize a standard regional EOP format and hazard assessment tool,
b) discuss lessons learned over the four phases of this project,
c) discuss and make recommendations on other regional emergency operation planning needs.

Collaborating Agencies

1. Centers for Disease Control/PEHI: will act as the coordinating body and provide for technical assistance and training
2. National Governments: will provide policy support, authorization and requirements for active participation by all government agencies and ministries essential for completion of the project.
3. Secretariat of the Pacific Community (SPC): will provide technical assistance
4. National Ministries of Health: will provide policy support, manpower and logistics support
5. National Emergency Management Organizations (NEMO): will provide policy support, logistics and overall planning and coordination
6. Local community organization: will be identified by the local and national government to provide input into the planning process.

Monitoring/ Evaluation Methodology

A select committee based on major donors, regional planning experts, technical assistance personnel, members from the pilot pacific islands countries, and countries receiving technical assistance will be responsible for semi annual reporting on progress.

[5] Selections of priority island for phased –in EOP and hazard assessment will be based on discussions with the group on vulnerability and the ability of countries (manpower) to immediately initiate planning

Budget Summary

Year 1 Category	Project Expense	In-Kind Contribution	Total Budget
Personnel Salary/Benefits - 10 Weeks X 2 TA X $3,200	64,000		
Travel – Initiation Workshop(25 delegates X $2,000) **Travel Expenses - Four EOP development projects** (1 week per workshop X $5,000 X 4 weeks X 2 TA staff)	50,000 40,000		
Direct Implementation Costs **Initiation Workshop** ❖ Conference Room ❖ Transport ❖ Printing **EOP Development** ❖ Conference Room (1 week X 4) ❖ Local Transportation (1 week X 4) ❖ Printing	1,500 6,000 2,000	10,000 2,000 2,000	
Equipment	1,000		
Operational Costs **Initiation Workshop -** Hotels ($150 X 25 X 7 days)	26,250		
Sub Total Project Expense	190,750	14,000	204,750
10 % contingency			20,475
Total Year 1 Expenses			**225,225**

Year 2 Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel Salary/Benefits - 6 Weeks X 2 TA X $3,200	38,400	5,000	
Travel – Four EOPs ($5,000 X 4 weeks X 2 TA staff)	40,000		
Direct Implementation Costs **EOP Development** ❖ Conference Room (1 week X 4) ❖ Local Transportation (1 week X 4) ❖ Printing	6,000 2,000	2,000	
Equipment	1,000		
Sub Total Project Expense	87,400	7,000	94, 400
10 % contingency			9,440
Total Year 2 Expenses			**103,840**

Year 3 Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel Salary/Benefits - 6 Weeks X 2 TA X $3,200	38,400	5,000	
Travel Four EOPs ($5,000 X 4 weeks X 2 TA staff)	40,000		
Direct Implementation Costs **EOP Development** ❖ Conference Room (1 week X 4) ❖ Local Transportation (1 week X 4) ❖ Printing	6,000 2,000	2,000	
Equipment	1,000		
Sub Total Project Expense	87,400	7,000	94, 400
10 % contingency			9,440
Total Year 3 Expenses			**103,840**

Year 4 Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel Salary/Benefits - 6 Weeks X 2 TA X $3,200	38,400	5,000	
Travel Four EOPs ($5,000 X 4 weeks X 2 TA staff)	40,000		
Direct Implementation Costs **EOP Development** ❖ Conference Room (1 week X 4) ❖ Local Transportation (1 week X 4) ❖ Printing	6,000 2,000	2,000	
Equipment	1,000		
Sub Total Project Expense	87,400	7,000.00	94, 400
10 % contingency			9,440
Total Year 4 Expenses			**103,840**

Year 5 Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel Salary/Benefits - 3 Staff X 2 weeks	34,500		
Travel – 25 delegates X $2,000	50,000		
Direct Implementation Costs ❖ Conference Room ❖ Transport ❖ Printing	1,500	10,000 2,000	
Equipment	1,000		
Operational Costs ❖ Hotels ($150 X 25 X 7 days) ❖ Facilitator	26,250 10,000		
Sub Total Project Expense	123,250	12,000.00	135,250
10 % contingency			13,525
Total Year 5 Expenses			**148,775**

Budget Total Year 1 – 5 (U$$)

Year	Project Expense	In-Kind Contribution	10% Contingency	Total Budget
Year 1	190,750	14,000	20,475	225,225
Year 2	87,400	7,000	9,440	103,840
Year 3	87,400	7,000	9,440	103,840
Year 4	87,400	7,000	9,440	103,840
Year 5	123,250	12,000	13,525	148,775
Project total				**685,520**

Contact person: Paul Giannone, CDC/PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, e-mail: pgiannone@cdc.gov

PACIFIC HEALTH RISK COMMUNICATION AND DISASTER INFORMATION MANAGEMENT

The Problem and Current Situation

A complex set of skills and abilities are required to convey appropriate urgent messages during a disaster. This "risk communication and disaster information management" process entails risks and benefits to stakeholders and the public. Such communiqués represent expert opinion. They are given to benefit receivers and to help them recover from a disastrous event. The role of the "risk" communicator is to explain, persuade and empower decision-making, "Risk communication" messages are designed to address rumors, allay fears, reduce panic in the population, control information and increase the public's knowledge of health issues. They also address media management issues. Such messages build on lessons learned from responses to medical emergencies such as the SARS and the HPA1 epidemics. Risk communication and information management messages target government and private-sector public health managers, health policy makers and communicators.

"Risk communication" focuses on: (1) the value of media in crises and on the public as the receiver of information; (2) techniques for responding to and cooperating with the media in conveying information and delivering messages before, during and after a crisis; and (3) tools for media relations and public communication. "Information management" focuses on the timely flow of accurate information and data within the public health sector and out to the media, other government agencies and the public.

In 2005, the knowledge and application of risk communication planning and implementation of disaster information management systems by health personnel (public health disaster managers and identified staff) throughout the 22 Pacific Island Countries and Territories is non – existent.

Overall Project Goal

The goal of this 5-year project is to empower disaster managers of 22 of the Pacific Island Countries and Territories (PICTs) to better deal with issues of risk communication and disaster information management. This goal will be achieve by: 1) disseminating training curricula and tools that will help public health officials and public health communication professionals to effectively prepare for and respond to public emergencies; 2) introducing public health officials to the "Crisis and emergency risk training" curriculum and tools developed by the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the World Health Organization (WHO) and other agencies; and 3) train communicators to subsequently train other professionals how to systematically plan, develop, implement, and evaluate crisis and emergency risk communication activities.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Increase the knowledge of risk communication planning in health personnel (public health disaster managers and identified staff) throughout the 22 Pacific Island Countries and Territories (PICT). Within 1 year of the project initiation, a minimum of 50% of identified public health personnel will have met the training and competency requirements in dissemination of information to the public and the media.

1. A 2-day training curriculum will be developed for identified key risk communications staff and a 1 day risk communications awareness training will be developed for general public health staff using the CDC Crises Emergency Response Communications (CERC) as a guide.
2. MOH will identify key personnel for risk communications training and policy implementation.
3. A two-day training will be held for designated Public Health Public Information Officer (PH PIO), PH identified spokespersons, and other internal and external participants.
4. A one-day training on risk communications awareness will be provided by CDC & WHO to the overall public health staff of the 22 PICTs.
5. *<u>Expected Outcomes</u>: Pre & Post tests will be administered by CDC & WHO for all Risk Communications training to ensure retention of key points of training.*

Objective 2: A risk communication plan will have been developed and integrated to the Health Information Management System.

1. Ministries of Health (MOH) will foster media and community leadership partnership to support the development of plans and policy. Meetings will be scheduled with media and community leadership to include their input in risk communications planning and the development of a disaster information management system. Media and community leadership contact list will be developed.
2. A risk communications analysis will be conducted by CDC and WHO.
3. A risk communications plan will be developed and submitted to MOH for approval.
4. National Emergency Management Offices (NEMOs) and MOHs will incorporate risk communications policy and information management in the public health long term strategy of the 22 PICTs.
5. MOH will work with media outlets and develop a "Media" manual with pre-determine public health material for specific public health emergencies or seasonally occurring disasters.
6. A workshop on the development and evaluation of risk communications plans will be offered by MOH. MOH will encourage local media outlets to adopt and use the templates of the risk communications manual.
7. MOH will Track risk communication efforts in the media and conduct a qualitative analysis of their coverage.
8. Within 3 years, a risk communication plan will be integrated into the emergency data of the Health Information Management System (HIMS). NEMO will integrate the plan to the management information system.

1. *<u>Expected Outcomes:</u>*
   For the 22 island nations:
   1) *A list of trained public health personnel will be produced by the end of year 1*

2) *A risk communication plan will have been developed by the end of year 2*
3) *A media and community leadership contact list will be established by the end of year 2*
4) *A "Media" manual will have been produced by the end of year 2*
5) *Emergency data will be integrated to the HIMS by the end of year 3*

Collaborating Agencies

The overall project will be managed by CDC/PEHI with support from WHO, the Pacific Island Health Officers Association (PIHOA) and the Secretariat of the Pacific Community (SPC).

1. CDC/PEHI: will provide technical support on curriculum development and training
2. WHO: will provide technical support and risk communications material
3. National Ministries of Health: will provide funding support and information on policy implementation
4. Identified Public Health Spokespersons and PIOs: will be targeted for risk communications training and information dissemination
5. National Emergency Management Organizations: will incorporate plans and systems into the National Emergency Operations Plan.
6. Public Health professionals: will be targeted for risk communication training and information dissemination
7. NGOs: will provide support for information dissemination
8. Volunteer groups: will provide support for information dissemination
9. Community Leaders: will provide support for information dissemination
10. Media Outlets: will provide support for information dissemination

Monitoring/ Evaluation Methodology

Copies of all reports will be submitted to the funding agencies. The lead agency in this activity will ensure the following monitoring and evaluation objectives will occur.

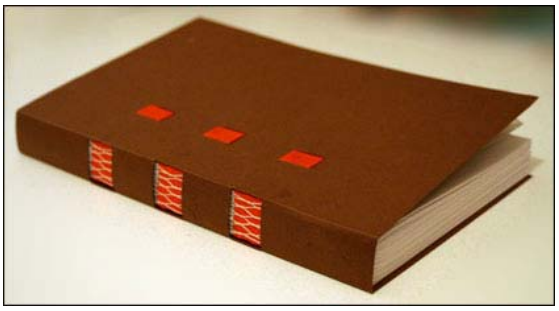
Budget Summary

Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel Salary/Benefits - TA – Risk Communications Expert - 6 weeks X $1,200[6] X 5 years - Admin Support 6 weeks X $300 X 5 years - PH Senior Management Support - 6 weeks x $800 X 5 years	36,000	9,000 24,000	
Travel	150,000		
Direct Implementation Costs			
Equipment Computer Power Point	10,000 5,000		
Operational Costs Training Room Transportation Printing		25,000 15,000 15,000	
Sub Total Project Expense	201,000	88,000	289,000
10 % contingency			28,900
Total Project Expenses			**317,900**

Contact person: Paul Giannone, CDC/PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, e-mail: pgiannone@cdc.gov

[6] Base salary at 60K

MANUAL ON HEALTH EMERGENCY RESPONSE FOR THE REGION



The Problem and Current Situation

The Pacific region susceptibility to natural and man-made disasters is well documented. The geographic distance that separates these island nations is known and is a major factor that interferes with a rapid response to disasters. In many cases the first help to arrive at disaster impacted areas is emergency responders from other island nations. Pacific Islanders recognize that self-sufficiency and regional cooperation are major life-saving factors in emergency response operations. Unfortunately, at this time, there are no guidelines or formalized plan to guide cooperation between islands. This project aims filling this gap.

Overall Project Goal

This two-year project will produce a culturally sensitive Regional Manual on Health Emergency Response to increase regional response capability and encourage disaster response collaboration between 22 Pacific Island Countries and Territories. The manual will be produced in French and English. It will present the key health risks associated with natural and man-made disasters of the Pacific, provide best practices and guidelines for response for local responders and in-coming regional responders, and will provide tools to be used in response operations.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Creation of a team to conduct an inventory of existing emergency response manuals and prepare the draft manual

1. Within 2 months of project initiation, a five member team will be selected from participating agencies to first initiate a literature review of existing emergency response manuals and then prepare a draft manual outline and initial draft document
2. *Expected Outcomes*: team is formed, literature review summary is produced and an initial draft of the manual is produced.

Objective 2: Inventory and review of existing manuals and guidelines on health emergency management.

1. The following topics will be documented
   1) health assessment tools
   2) regional and national resources (list of experts, list of available institutions on health emergency, supplies/distributors)
   3) minimum standards (SPHERE)
   4) case management guidelines
   5) case definitions
   6) protocols
   7) reporting formats

8) information management procedures
9) contact lists
10) guidelines for risk communication (media, health sector, public)
11) response protocols (chain of authority)

2. *Expected Outcome: A literature review will be completed within 3 months of project initiation.*

Objective 3: Manual development and dissemination

1. Within 8 months of project initiation a draft manuals will be completed
2. South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC), the World Health Organization (WHO), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), the Secretariat of the Pacific Community (SPC) and the Fiji School of Medicine will receive and review for input the draft manual within 12 months of project initiation.
3. From 12 – 16 months of project initiation the five-member manual development team will consolidate the edited manual received by the reviewing agencies and prepare a "final" draft of the document.
4. From 16 – 18 months into the project the final draft will be sent to all 22 island nations for validation.
5. Final printing and of the manual will occur between the 22 – 24th month pf the project.
6. The manual will be disseminated to organizations and individuals listed on the distribution list.
7. *Expected Outcomes:*

1) Initial draft 8 months after initiation of the project
2) Final draft of the manual at the end of the project
3) Final report of lessons learned
4) Distribution list

Collaborating Agencies

- Ministries of Health from all 22 island nations: are eligible to be part of the review and validation process. MOH offices will be asked to submit candidates for the five-member manual development team.
- National Disaster Management Office: will provide technical assistance, reference material for the literature review
- NGOs: will be asked to provide manpower and possibly office space for manual development
- SOPAC, WHO, CDC, and SPC: will provide technical assistance as required, reviewers for the first manual draft and linkages for the literature review.

Monitoring/ Evaluation Methodology

Once the five-member manual development team is selected, the team leader for this group will be responsible for providing reports on the status of anniversary dates established in the activities section (e.g. date of literature review completion, date of completion of first draft, etc.) to the donors and designated technical experts.

Budget Summary

Category	Project Expense (U$$)	In-Kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
Personnel (Salary/Benefits)			
Team leader – coordinator	60,000		60,000
Technical adviser (international staff)	10,000		10,000
Team members (5) – contributors @ $10,000	50,000		50,000
Direct Implementation Costs			
Meeting/consultation (22 countries/territories) @ 30 for 3 days	50,000		50,000
In country consultations	22,000		22,000
Printing	10,000		10,000
Promotion and dissemination	5,000		5,000
Equipment	5,000		5,000
Operational Costs	5,000		5,000
Contingency 10%			21,700
Total Project Expenses			**238,700**

Contact persons:
Dr. Arturo Pesigan, WHO, United Nation Avenue, Manila, Philippines, e-mail: pesigana@wpro.who.int

Dr. Sitaleki Finau, Auckland, New Zealand, s.a.finau@massey.ac.nz

ESTABLISHING COMMUNITY DISASTER RECOVERY CAPACITY IN HEALTH FOR COMMUNITIES IN 22 PACIFIC ISLAND COUNTRIES AND TERRITORIES

The Problem and Current Situation

It is in the *recovery* phase of disasters that communities *often* fare the worst and are most vulnerable to preventable primary and public health problems. Currently, there are no organized disaster health committees at the community level in any of the 22 Pacific Island States and Territories.

Overall Project Goal

The overall goal of this two-year project is to empower local communities through the training of National Disaster Recovery Trainers (NDRT) and the establishment of Local Disaster Recovery Planning Committees. The Recovery Planning Committees will manage the primary and public health problems during the recovery phase of disasters in the 22 island nations.

Objectives, Activities and Indicators

Objective 1: Establish Regional Disaster Recovery Planning Committees (RDRPC) to oversee project development, design, planning, and implementation

1. RDRPC will be formed and an initial planning meeting will be held.
2. A consultant or a consortium with disaster preparedness and response experience will be identified and hired to direct this project.
3. Materials for two National Disaster Recovery Trainers regional workshops will be developed in English and in French by the consultant.

Objective 2: Conduct two National Disaster Recovery Trainers regional workshops

1. Dates for the regional workshops will be set by the consultant and the RDRPC
2. RDPRC will select trainers to attend the regional workshops
3. The consultant will notify participants and make travel arrangements
4. The number of future local workshops will be determined by the consultant and the participants.

Objective 3: National Disaster Recovery Trainers (NDRT) to develop their own local disaster recovery programs

1. Each NDRT will hold national and local workshops on disaster recovery planning in their own nation
2. NDRTs will establish a Local Disaster Recovery Planning Committee(LDRPC) in their own nation

3. With the support of the NDRT, LDRPC will develop a plan for disaster recovery in their communities.
4. The consultant will write a final report stating the number of NDRTs trained, number of LDRPC formed, and status of local disaster recovery plans.

Collaborating Agencies

CDC Atlanta through the Pacific Emergency Health Initiative (PEHI); the World Health Organization/WPRO (Emergency and Humanitarian Action); and SPC (with all Pacific Islands Countries/States/Territories/Jurisdictions Ministries and Departments of Health) will collaborate and provide regional and national-level support (in kind) to ensure that this project is completed (Disaster Health Recovery Committees established and functional) in two years.

- Ministries of Health of Pacific Islands States/Territories/Jurisdictions: policy decisions, logistics and manpower
- Western Pacific Regional Office / WHO: technical support and materials
- CDC/PEHI: technical support and materials
- Secretariat of the Pacific Community: technical support and materials
- SOPAC: technical support and materials
- Forum Secretariat
- United Nation Office for the Co-ordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA): technical support and materials
- Universities in New Caledonia, French Polynesia, and Wallis and Futuna: logistics and manpower
- School of Public Health & Primary Care / Fiji School of Medicine: logistics and manpower

Monitoring/ Evaluation Methodology

The Consultant/Consortium will be required to provide monthly reports of progress and reports on all workshops held. The Consultant/Consortium will report on the anniversary dates the following:

1. Development of the Training of Trainers curriculum and action plan by month 3.
2. The completions of the Training of Trainers Regional Workshop and an analysis of the strategy completed at this workshop on how the local/national workshops will be conducted by the 8th month.
3. The consultant/consortium will provide monthly reports on the number of local/national workshops held, staff trained and Community health recovery Committee formed, from month 8 – 20
4. The Consultant/Consortium will produce a final report at the end of the project indicating the number of local/national workshops provided, the number of Local Community Health Recovery Committees forms and the number of trained National Disaster Recovery Trainers. Recommendations will be made on mechanisms for sustainability of this network, either through an existing organization or regional agency.

Budget Summary

Category	Project Expenses (U$$)	In-kind Contribution (U$$)	Total Budget (U$$)
1. Full-time Consultant			
1.1 Salary & benefits	200,000		200,000
1.2 Travel costs	120,000		120,000
1.3 Office costs	150,000		150,000
2. Workshops			
2.1 Regional Workshops *- Staff salaries*	470,000	 350,000	820,000
2.2 National Workshops *- Staff salaries*	360,750	 150,000	510,750
2.3 National Workshops *- venue costs* *- staff salaries*	233,500	 100,000 50,000	383,500
2.4 Local Workshops *- community contribution*	117,250	 20,000	137,250
Sub Total	1,651,500	670,000	2,321,500
Contingency 10%			232,150
Total Project Expenses			**2,553,650**

Contact persons:

Mafa Alaloto, Minister of Health of Tuvalu, Private mailbox, Funafuti, Tuvalu, e-mail: mafaalaloto@yahoo.com

Dr. Judson Leafasia, MHMS, P.O. Box 349, Honiara, Solomon Islands, e-mail: jleafasia@solomon.com.sb

En 2004 et 2005, PEHI a eu l'honneur d'organiser les Sommets de la Santé du Pacifique pour la Gestion Durable de Désastres.

Ces sommets on entraîné la production de la déclaration du Sommet de la Santé du Pacifique de 2004 et la rédaction de proposés conceptuels.

Les proposés conceptuels du Sommet de la Santé du Pacifique de 2005 représentent le point culminant de cinq ans de travail de l'Initiative de Santé de Secours du Pacifique CDC (PEHI) dans sa mission d'améliorer l'état de préparation de santé de secours et de réponse aux désastres dans la région.

Les proposés du sommet de 2005 ont été écrits par des représentants des autorités de santé publique de 19 nations, ainsi que 16 organismes internationaux. Ces documents représentent un précédent important en tant que *première stratégie mondiale autonome et régionale pour la prévention, la réduction, la réponse et le rétablissement en urgences médicales.*

Ces proposés sont des résumés de projets pilotes qui mettraient en application un ou plusieurs des 32 objectifs du Sommet de Santé du Pacifique 2004. Le but des documents est de fournir aux donateurs et aux partenaires potentiels un sommaire des projets qui ont été mutuellement convenus par les autorités de la santé au Sommet de la Santé du Pacifique 2005. Les partis intéressés sont alors encouragés à contacter directement les chefs de projets indiqués pour solliciter davantage d'informations ou pour soumettre une demande de proposition.

Le Sommet de la Santé du Pacifique pour la Gestion Durable des Risques de Désastres de 2005

Participants du Sommet de 2004
Honolulu, Hawaii

Discours d'inauguration par l'Honorable Elias Camsek Chin, Vice-president de la République de Palau

Groupes travaillant sur les papiers conceptuels du Sommet de 2005

Participants du Sommet de 2005 à Fiji

CARTE DE RISQUES DE GLISSEMENTS DE TERRAIN- UN OUTIL INDISPENSABLE POUR SAUVER DES VIES: Un proposé conceptuel pour la préparation de Chuuk

Le problème et la situation actuelle

Les écoulements de débris déclenchés par de fortes précipitations des ouragans sont responsables de beaucoup de décès sur les petites îles de Chuuk. Beaucoup d'habitations personnelles et de la communauté sont situées sur le chemin des zones à risque élevé.

Reconnaissant la valeur potentielle de la cartographie des risques de glissements de terrain, l'agence "US Geological Survey" est allée à Chuuk pour recueillir l'information nécessaire pour réaliser ces cartes. Malheureusement, les cartes produites n'ont été jamais utilisées pour établir des plans d'évacuation de la communauté. Un glissement de terrain causé par l'ouragan Chata'an en 2002 a eu comme conséquence 43 décès parmi une population de 40.000 sur une île de Chuuk. La plupart — sinon la totalité — des décès résultant de cet ouragan auraient pu être évités si les cartes de risques disponibles avaient été employées pour planifier les procédures d'évacuation. Aujourd'hui, ces cartes ne sont toujours pas employées pour établir les plans d'évacuation.

Objectif global du projet

L'objectif global du projet d'une année est d'établir des plans et des procédures d'évacuation des îles de Chuuk et sensibiliser la population aux risques et à l'évacuation de la communauté. Le projet utilisera le savoir existant et appliquera les outils de cartographie des risques et les évaluations de vulnérabilité aux glissements de terrain. Un autre objectif de ce projet est de développer un modèle qui peut être employé dans d'autres îles du Pacifique pour contrecarrer de diverses catastrophes exigeant une évacuation.

Objectifs, activités et indicateurs du projet

Objectif 1: Des partenariats sont établis entre le Ministère de la santé de la Fédération des Etats de la Micronésie (FSM); les dirigeants/conseils des villages identifiés; le "U.S. Forest Service", le "National Mapping Discipline of the U.S. Geological Survey", Honolulu, Hawaii (NMD/USGS); l'agence "U.S. Peace Corps"; et l'organisme "CDC/ PEHI" (Centers for disease control and prevention / Pacifique Emergency Health Initiative) pour assurer la provision de l'assistance technique.

1. Les différents organismes énumérés ci-dessus seront contactés par le CDC/PEHI pour: évaluer l'intérêt pour la collaboration, déterminer les ressources qui peuvent être fournies par chacun, et faire un brainstorming sur les autres collaborateurs potentiels situés sur les îles de Chuuk.
2. Un protocole d'accord (MOU) sera établi entre le Ministère de la santé

de FSM et NMD/USGS. NMDUSGS assistera le Ministère de la santé de FSM pour déterminer l'emplacement des risques et le choix de sites d'évacuation. Les cartes produites incluront les habitations, les bâtiments et les routes des îles de Chuuk.

3. Un MOU sera établi entre le Ministère de la santé de FSM, l'agence "U.S. Peace Corps" ainsi que d'autres organismes de la communauté qui fourniront : les travaux sur place, la formation de base de la communauté sur l'état de préparation et la réaction des premiers secours (incluant l'approche à utiliser lors des fortes pluies), et l'organisation de réunions et d'exercices réguliers.
4. Un groupe central composé de membres des différents organismes énumérés ci-dessus sera établi par le CDC/PEHI.
5. *Résultats attendus:*
    1) *Des MOU seront rédigés par le Ministère de la santé de FSM et le "U.S. Forest Service"; la direction "National Mapping Division" de l'agence "U.S. Geological Survey", Honolulu; et l'agence "US Peace Corps"*[7]*, et il sera signé par tous les partis dans un délai d'un mois à compter de la date de début du projet.*
    2) *Une liste des membres du groupe central sera produite par CDC/PEHI*

Objectif 2: Les villages, les différentes habitations et autres bâtiments de la communauté sont incorporés sur la carte des risques de glissements de terrain sur les îles de Chuuk.

1. Les villages seront intégrés sur la carte à une échelle de 1:25,000 par le *Service "U.S. Forest" et le* NMD/USGS *d'Honolulu* après consultation avec chaque dirigeant de village.
2. Pour chaque village situé dans une zone à risque, les habitations et autres bâtiments de la communauté seront intégrés sur la carte à une échelle de 1:6000.
3. *Résultats attendus:*
    1) *Durant les 2 mois à partir de la date de début du projet, le Service "U.S. Forest" et la "National Mapping Discipline" de l'agence USGS d' Honolulu produiront une carte de risques des glissements de terrain des îles de Chuuk avec l'emplacement et les noms de tous les villages.*
    2) *Durant les 6 mois à partir de la date de début du projet, le Service "U.S. Forest" et la "National Mapping" Discipline de l'agence USGS de Honolulu produiront une carte à échelle agrandie à 1: 6000 de la carte de risques des glissements de terrain pour chaque village qui est situé dans une région à risque élevé sur les îles de Chuuk. Chaque carte indiquera les habitations individuelles et les bâtiments de la communauté.*

Objectif 3: Les sites d'évacuation sont identifiés pour les différents villages, habitations individuelles et autres bâtiments de la communauté.

1. En consultation avec les dirigeants du village, le représentant local de l'agence "U.S. Peace Corps" utilisera

[7] Il est recommandé que U.S. Peace Corps soit utilisé pour fournir les travaux primaires sur place, incluant des réunions avec les chefs des villages, la réalisation des procédures habituelles, les inventaires, la formation des villageois, et la rédaction d'un rapport final. Si U.S. Peace Corps ne peut pas être employé pour cette activité, une autre organisation non gouvernementale (O.N.G.) devra être recrutée pour ce travail.

les cartes de l'objectif #2 pour identifier les sites ou les bâtiments situés dans une zone sécuritaire qui pourraient recevoir la population à risque.

2. Le représentant local de l'agence "U.S. Peace Corps", en collaboration avec les responsables du village, développera un inventaire: 1) des services que chaque site/bâtiment peut fournir (ex : salles de bains, nourriture, eau, 2) de nombre des personnes que chaque site/bâtiment peut contenir pendant 24 heures, et 3) des modifications qui pourraient être effectuées pour améliorer la capacité de chaque site/bâtiment. Si les familles planifient se refugier chez des parents ou amis, ce sera noté sur l'inventaire.
3. Une équipe composée de chefs de la communauté et du représentant local de l'agence "U.S. Peace Corps" examinera chaque village et compilera une liste de tous les sites d'évacuation possibles ainsi que des familles/personnes qui iraient à chaque site.
4. Des MOU seront signés avec les propriétaires des sites d'évacuation choisis.
5. *Résultats attendus: Durant les 6 mois à partir de la date de début du projet, les documents suivants seront produits :*
   1) *Une carte en couleur des populations et de leurs sites d'évacuation respectifs*
   2) *Un tableau de tous les sites d'évacuation, les services dont ils sont équipés et les modifications qui pourraient être apportées pour améliorer leur capacité.*
   3) *Des MOU avec les propriétaires des sites d'évacuation choisis.*

Objectif 4: La création d'un plan d'action comprenant les contacts et la procédure pour décréter une évacuation.

1. La mesure critique des précipitations qui entraîneraient la déclaration de l'état d'évacuation suivant les prévisions de l'agence "National Oceanic and Atmospheric Administration" (NOAA), sera déterminée.
2. Le responsable qui collectera les mesures de précipitations sera identifié et formé.
3. Une liste détaillée des premiers contacts/contacts alternatifs qui devraient être avisés lorsque le niveau critique de précipitations est atteint sera établie.
4. Une liste des chefs d'organismes et de la communauté qui doivent être avisés lorsqu'une évacuation est décrétée sera établie par l'agence "U.S. Peace Corps" dans chaque communauté à risque. La liste doit inclure l'information qui permet d'entrer en contact sur une base de 7 jours par semaine/24 heures par jour.
5. Une compilation des procédures habituelles d'opération (SOPs) sera réalisée en utilisant les données recueillies.
6. *Résultats attendus: Au terme de l'année du projet*
   1) *Une liste de chefs d'organismes et de la communauté qui doivent être avisés lorsque le niveau critique des précipitations est atteint et lorsqu'une évacuation est décrétée sera compilée par l'agence "U.S. Peace Corps".*
   2) *Une SOP sera réalisée pour le décret et l'accomplissement d'une évacuation pour les régions à risque élevé dans les îles de Chuuk.*

Objectif 5: Les chefs de la communauté et les établissements éducatifs seront au

courant des procédures et des exercices d'évacuation.

1. Une première réunion, organisée par le Ministère de la santé de FSM, sera tenue avec les chefs de la communauté pour les faire participer au projet et pour recueillir leurs conseils.
2. Un atelier d'un jour, organisé par l'agence "U.S. Peace Corps" et CDC/PEHI sera conduit avec la communauté choisie, les chefs de l'organisation et les responsables éducatifs et leurs remplacements pour les instruire sur les risques de glissements de terrain ainsi que sur les procédures et les exercices d'évacuation.
3. Les matériaux nécessaires au niveau de communauté pour l'enseigner et l'organisation des exercices d'évacuation seront fournis par l'agence "U.S. Peace Corps" à la communauté, aux chefs d'organisation et au représentant local de l'agence "U.S. Peace Corps".
4. *Résultats attendus:*
   1) *Au terme de deux années, un programme d'études sera donné aux chefs de la communauté par l'agence "U.S. Peace Corps". Les chefs de la communauté et d'organisation confirmeront avoir reçu tous les matériaux nécessaires pour enseigner l'évacuation et pour la conduite d'exercices.*
   2) *Au terme de trois années, des preuves seront recueillies des chefs de la communauté et d'organisation pour confirmer que les outils fournis sont bien utilisés. Un rapport final sera rédigé.*

Agences collaboratrices

Les efforts seront coordonnés et surveillés par l'équipe CDC/PEHI qui agira en tant qu'agent de coordination entre les nombreuses agences comme suit:

- Ministère de la santé de FSM
- Chefs/Conseils du village identifié
- "U.S. Forest Service"
- NMD/USGS, Honolulu, Hawaii
- Agence "U.S. Peace Corps"

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

L'équipe CDC/PEHI produira un rapport d'évaluation formative et un rapport final. Le Ministre de la santé assignera la responsabilité à un membre senior de l'équipe et fournira un rapport sur l'état d'avancement à 2 mois, 6 mois et à l'accomplissement du projet.

Budget sommaire

Catégorie	**Dépenses du projet**	**Cotisation en nature**	**Budget Total (U$ $)**
Personnel (Salaire / Prestations) (payer l'individu(s) pour identifier les familles et les bâtiments de la communauté Coordonnateur du projet (20hrs/ semaine)			5 000 (local) 5 000 (hors agence) 20 000
Déplacements Coordonnateur du projet de CDC/PEHI pour visiter Chuuk Coordonnateur de NMD/USGS Scientifique USGS de Denver De communauté à communauté		Transport dans le pays-$5 000	5 000 5 000 2 500 2 000
Coûts directs d'implémentation ❖ Fournitures de bureau			2 000
Equipement ❖ Projecteur de PPT ❖ Écran ❖ Pc portable			5 000
Coûts opérationnels ❖ Ateliers de cartographie S.I.G. et d'impression des cartes	$3000/ atelier	$5 000	10 000 15 000
Imprévus 10%			7 650
Dépenses Totales du projet			**84 150**

Personne à contacter: Edwin Harp, US Geological Survey, 1711 Illinois Street, Golden, CO 80401 – courriel: harp@usgs.gov

ÉTUDE DES RISQUES DE TSUNAMI/MARÉES DE TEMPÊTE À SAIPAN (CNMI) ET DES RISQUES DE GLISSEMENTS DE TERRAIN À KOSRAE (FSM)

Le problème et la situation actuelle

Les plus grandes pertes et dégâts en vies humaines pendant les désastres naturels dans le Pacifique sont provoqués par les marées de tempêtes et les glissements de terrain. Les dispositifs visant à atténuer les effets des marées de tempêtes et des glissements de terrain pourraient être soutenus en encourageant la population à s'éloigner, d'évacuer temporairement, ou de construire en dehors des zones à risque élevé. Afin de pouvoir conseiller convenablement la population de telles actions, la cartographie des risques devrait être disponible pour les zones ciblées de Saipan dans l'Etat de Îles Mariannes du Nord (CNMI) et sur Kosrae de la Fédération des Etats de la Micronésie (FSM).

Objectif global du projet

Les objectifs du Projet d'étude quinquennal du risque naturel sont: (1) d'exécuter des études systématiques des risques qui affectent ces populations — le risque de marées de tempête et tsunamis sur Saipan/ CNMI et les risques de glissements de terrain sur Kosrae/FSM; et (2) de créer des cartes de risque pour ces deux îles.

Objectifs, activités et indicateurs du projet

Objectif 1: Les informations disponibles sur le risques pour chaque île sont rassemblées et compilées pour déterminer le niveau de risque.

1. Les scientifiques du projet rassemblent et compilent l'information disponible pour déterminer le niveau de risque de chaque île. Les données topographiques, géologiques, géotechniques, hydrographiques, hydrologiques et autres du gouvernement ainsi que d'autres sources seront recueillies.

2. Des associations seront développées avec l'Administration Océanique et Atmosphérique Nationale (NOAA), les centres pour le contrôle et la prévention des maladies / Initiative de santé d'urgence du Pacifique (CDC/PEHI) (données concernant le risque sanitaire), Geological Survey des États-Unis (USGS) et les agences locales pour les données existantes à collecter. Les travaux nécessaires sur le terrain seront alors conduits pour vérifier les données scientifiques rassemblées et pour collecter les données pertinentes

supplémentaires.

3. *Résultats attendus: Au terme de deux années, les données et l'information pertinentes du risque sur toutes les îles participantes seront rassemblées et compilées.*

Objectif 2: Une étude de sensibilité/risque est réalisée pour les risques de marées de tempête et tsunamis sur Saipan et pour les risques de glissements de terrain sur Kosrae. Des cartes de risque seront créées.

1. Les études du risque seront exécutées sur Saipan et Kosrae
2. Les cartes de risque seront établies.
3. *Résultats attendus: Au terme des cinq années du projet, la cartographie du risque pour les îles participantes sera accomplie.*

Agences collaboratrices

Ce projet sera mis en application sur Saipan et Kosrae et sera dirigé des Etats-Unis via USGS des Etats Unis basée à Golden au Colorado. NOAA, USGS, CDC/PEHI et les agences locales du gouvernement formeront les partenariats nécessaires pour accomplir ces études du risque et pour produire les cartes.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

L'agence CDC/PEHI et les agences locales surveilleront et évalueront les efforts de coordination, et les experts de NOAA/USGS, autre que le personnel du projet, réviseront la précision et l'applicabilité des cartes de risque.

Budget sommaire

On estime le coût total du projet à 1 347 500 $ US. Les fonds sont nécessaires pour le personnel, les déplacements dans la région, le matériel, les véhicules, et l'acquisition des données.

Catégorie	Dépenses	Cotisation en nature	Budget total (U$)
Personnel (Salaire/ Prestations) 3 US Scientifiques et 1 contrepartie de chacun de Saipan et de Kosrae	500 000		500 000
Déplacements	120 00		120 000
Coûts directs de mise en place Matériaux de construction	30 000		30 000
Equipement- 2 ordinateurs, 2 traceurs de carte, matériel de transmission	45 000		45 000
Coûts opérationnels (cinq premières années) – Location d'embarcation marine, carburant, dépenses relatives aux véhicules	25 000		25 000
Acquisition des données- LIDAR de la côte de Saipan si nécessaire	500 000		500 000
Sous-total			1 225 000
Imprévus 10%			122 500
Dépenses totales du projet			**$1 347 500**

Personne à contacter: Edwin Harp, US Geological Survey, 1711 Illinois Street, Golden, CO 80401 – courriel: harp@usgs.gov

RÉDUIRE LA VULNÉRABILITÉ AUX RISQUES DE LA SANTÉ LORS DES DÉSASTRES POUR LES COMMUNAUTÉS DE TUVALU ET TOKÉLAU VIA L'AUTONOMISATION DE LA COMMUNAUTÉ

Le problème et la situation actuelle

Plusieurs communautés du Pacifique vivent dans des zones rurales et dans des régions relativement isolées. Ces communautés sont fortement vulnérables aux désastres mais malheureusement, elles ne sont pas préparées convenablement pour prévenir les pertes et dégâts en vies humaines causés par ces désastres. Tuvalu et Tokélau sont parmi les communautés les plus vulnérables aux désastres naturels du Pacifique. Elles sont particulièrement vulnérables aux cyclones, aux marées de tempêtes et à l'élévation du niveau de la mer.

Objectif global du projet

L'objectif global de ce projet de deux ans est de réduire la vulnérabilité aux désastres de deux pays isolés du Pacifique, les îles de Tuvalu et de Tokélau par l'état de préparation amélioré et par l'autonomisation de la communauté dans la gestion des désastres reliées à la santé. Ce projet deviendra un modèle pour d'autres nations des îles du Pacifique.

Objectifs, activités et indicateurs du projet

Objectif 1: Une équipe de gestion des désastres de la Communauté (CDMT) sera mise en place pour chaque communauté cible

1. Une réunion des personnes intéressées sera organisée à Tokélau et à Tuvalu pour choisir et nommer la CDMT pour chacune des deux communautés.
2. La CDMT se composera d'hommes, de femmes et de jeunes de même que de professionnels de santé de la communauté. L'équipe sera responsable:
   a. d'informer les membres de la Communauté au sujet des risques de la santé en cas de désastre et de la façon de réduire le risque de perte en vies humaines et dégâts
   b. de mener et participer aux activités de préparation, de réaction et de rétablissement dans la communauté
   c. d'intégrer les mécanismes traditionnellement utilises par la communauté pour faire face à ces désastres
3. Les partenaires potentiels seront identifiés et contactés.
4. *Résultats attendus: Un rapport réalisé par les Ministères de la Santé de Tuvalu et de Tokélau comprenant le nombre de groupes d'intérêts assistant aux sessions de planification, une étude complétée par les groupes d'intérêts, la liste de membres de l'équipe de gestion des désastres de la communauté ainsi que les mandats de cette équipe.*

Objectif 2: Un profil de la communauté est développé par l'équipe de gestion des désastres de la communauté (CDMT). Le profil inclue l'identification des risques et l'établissement des priorités.

1. Formation sur l'évaluation des risques et sur la gestion de santé en cas d'urgence sera organisée par

l'université de Médecine de Fiji pour les équipes de gestion des désastres de la communauté. L'assistance technique nationale et régionale sera utilisée.

2. L'équipe CDMT identifiera les risques de la communauté, établira les priorités et un profil de la communauté. Les indicateurs incluront une liste et une carte des risques d'urgence de santé, ainsi qu'une liste de priorités.
3. *Résultats attendus: Un rapport de l'équipe CDMT comprenant une liste de priorités.*

Objectif 3: Un plan de gestion des désastres sera établi par les communautés

1. Le plan impliquera tous les groupes impliqués et inclura les mécanismes traditionnels utilisés pour faire face à ces désastres.
2. Un atelier de planification de mesures d'urgence sera tenu pour chaque communauté en utilisant le processus de planification participative.
3. Le plan d'action inclura l'état de préparation et la réaction, les mécanismes traditionnels utilisés pour faire face aux désastres et sera rattaché au plan national de gestion des désastres.
4. *Résultats attendus: 1) Le plan d'action réalisé par chaque équipe de gestion des désastres de la communauté. Le plan inclura des rubriques sur l'état de préparation et la réaction et il sera rattaché au plan national de gestion des désastres. 2) Le compte-rendu des réunions tenues à Tuvalu et à Tokelau.*

Objectif 4: Les communautés cibles comprennent le plan de gestion des désastres

1. Des ateliers de sensibilisation seront organisés par chaque équipe de gestion des désastres de la communauté.
2. Des réunions seront organisées deux fois par année pour familiariser la communauté avec le plan de gestion des désastres et de mieux la préparer pour ces désastres.
3. La communauté entière sera invitée à participer à l'atelier de sensibilisation.
4. *Résultats attendus: Minutes des réunions*

Objectif 5: Les communautés sont familiarisées ave le plan de gestion des désastres

1. Des exercices seront organisés par la CDMT de chaque communauté.
2. L'exercice aura lieu une fois par an dans chaque communauté pour maintenir à jour les communautés avec le plan de gestion des désastres de la communauté.
3. *Résultats attendus: Rapport sur chaque exercice réalisé par les équipes de gestion de désastres de la communauté. Le rapport inclura une liste des participants, buts, indicateurs, leçons apprises et les secteurs exigeant des améliorations.*

Objectif 6: Réalisation d'un manuel de gestion des désastres de la communauté

1. Le manuel sera réalisé par l'équipe de gestion des désastres de la communauté en utilisant les leçons apprises et la connaissance locale des communautés de Tokelau et Tuvalu. Ces leçons seront partagées avec d'autres pays des îles du Pacifique qui subissent les mêmes risques de désastres.
2. Les résultats des exercices seront employés pour améliorer le plan.
3. *Résultats attendus: Un manuel qui inclue la dernière version du plan de gestion des désastres de la communauté, les minutes des réunions, les rapports des exercices et les leçons apprises.*

Agences collaboratrices

Les Ministères de la santé de Tuvalu et de Tokélau coordonneront le projet et surveilleront son exécution.

Le personnel de la santé de la communauté prendra un rôle important dans la CDMT et l'exécution du projet.

La Croix Rouge de Tuvalu participera à toutes les étapes de l'exécution du projet.

L'université de Médecine des îles Fiji fournira des conseils techniques aux autorités nationales et communautaires.

Toutes les autres organisations non gouvernementales (O.N.G.s) présentes seront impliquées à toutes les étapes de l'exécution du projet.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

1. Les Ministères de la santé de Tokélau et Tuvalu affecteront un coordonnateur au projet impliqué à toutes les étapes de l'exécution du projet.
2. Les rapports semestriels seront fournis par les équipes de gestion des désastres de la communauté.
3. Une évaluation du projet sera réalisée à la fin des 2 années. L'évaluation inclura le feed-back des agences en collaboration et du donateur(s).

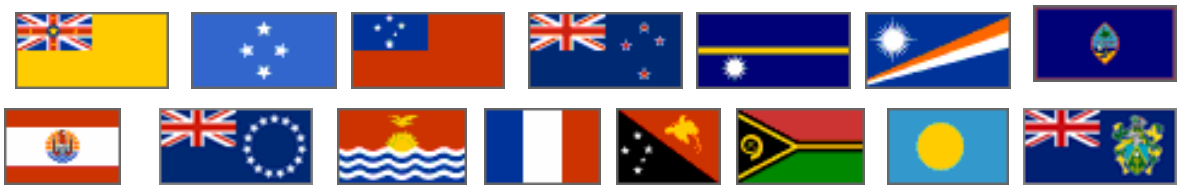
Budget sommaire

Catégorie	Dépenses du projet (U$ $)	Cotisations en nature	Total Budget (U$ $)
Personnel (Salaire/Prestations)		4 000	4 000
Consultants techniques: 10 semaines à 1 200 U$ $	12 000		12 000
Agent du projet à Tokelau 20,000 U$ $)	20 000		20 000
Agent du projet à Tuvalu	20 000		20 000
Déplacement & hébergement des consultants	30 000	1 000	31 000
Coûts directs d'implémentation	20 000		20 000
Equipement (ordinateurs)	4 000	1 000	5 000
Coûts opérationnels	2 000	1 000	3 000
SOUS TOTAL			115 000
Imprévus 10%			11 500
Dépenses totales du projet			**126 500**

Personne à contacter: Dr. Sitaleki Finau, Auckland, Nouvelle-Zélande, courriel : s.a.finau@massey.ac.nz

APPRENTISSAGE DU PACIFIQUE EN URGENCES ET EN DÉSASTRES (PLEAD)

Une proposition conceptuelle pour le rétablissement



Le problème et la situation actuelle

Les effets sur la santé (par exemple blessures, noyades) des désastres naturels peuvent être dus à l'événement lui-même ou peuvent survenir à cause d'événements secondaires tels que la rupture des infrastructures physiques ou des services de santé, de mouvements significatifs des populations ou de problèmes d'accès suffisant à la nourriture et à l'eau potable.

Les pays et territoires des îles du Pacifique (PICTs) différent dans leur capacité à se préparer et à réagir aux désastres naturels. La disponibilité des ressources, accès à l'aide externe, les organismes de réponse aux désastres, les structures existantes d'organisation nationales et les cadres légaux et de planification — de même que la façon dont la communauté réagit traditionnellement aux désastres — ont un impact sur à la façon dont une nation choisira et pourra réagir.

La nécessité de renforcer l'état de préparation, la réaction et le rétablissement suite à des désastres dans le Pacifique est maintenant largement admise étant donné l'impact du tsunami qui a frappé l'Océan Indien en 2004. Les efforts sont fournis afin de renforcer les réactions régionales et nationales aux désastres de la santé.

Il est admis également dans le monde entier que l'état de préparation, la réaction et les actions efficaces de rétablissement peuvent constituer une vraie différence sur les impacts de santé des désastres naturels. Si ces avantages doivent être maximisés dans le Pacifique, il est important que des réactions soient évaluées et que les leçons apprises soient inculquées dans toute la région. En faisant de la sorte, les futures réactions seront améliorées davantage, et ainsi, la santé des communautés sera mieux protégée.

Objectif global du projet

Le but du projet triennal proposé est de renforcer la gestion des désastres de santé dans les PICTs via une évaluation des efforts entrepris et la diffusion des leçons apprises. Plus spécifiquement, une méthodologie d'évaluation sera réalisée, un réseau d'évaluateurs de pairs sera identifié et formé, les réactions à 5 événements dans les PICTs seront évaluées par de petites équipes de ces évaluateurs de pairs et les leçons apprises seront distribuées à la fois électroniquement dans toute la région et sous une forme récapitulative par l'intermédiaire de la publication dans le "Pacific Health Dialog". Employer un processus d'évaluation par des pairs aura également l'avantage de fournir des

possibilités de formation en parallèle pour le personnel de gestion des urgences de ces PICT. Ce personnel réalise les évaluations afin de renforcer davantage la gestion des désastres des pays de toute la région.

Objectifs, activités et indicateurs

Objective 1. Un outil d'évaluation sera développé.

1. Le coordonnateur du projet établira un comité de coordination du projet (PCC) qui recueillera les outils d'évaluation disponibles, les adaptera à une configuration du Pacifique, réalisera une ébauche à diffuser et commenter par les gouvernements du PICT et enfin complétera l'outil d'après les commentaires reçus.
2. L'accent sera mis sur la réalisation d'un outil simple à utiliser et qui optimise l'identification les résultats clés de gestion pratiques des désastres. Durant 6 mois, l'outil d'évaluation sera distribué aux emplacements pré-désignés du PICT.
3. *Résultats attendus :*
   1) *Un mois après le début du projet, un comité de coordination du projet devra être formé.*
   2) *Au terme des six mois après le début du projet, un outil d'évaluation sera distribué aux PICT pré-désignés.*
   3) *Au terme d'une année après le début projet, un outil d'évaluation révisé sera développé pour la totalité des PICTs participants.*

Objectif 2. Les évaluateurs de pairs seront identifiés et formés sur la méthodologie d'évaluation.

1. Le coordonnateur du projet demandera aux gouvernements du PICT d'identifier 1-2 personnel qui deviendra un évaluateur de pair. Des conseils seront fournis sur les types d'effectifs ou de qualifications exigées. L'accent sera mis sur : l'implication dans la gestion des urgences dans le pays et la maximisation des avantages de la formation en cours via l'implication dans des processus d'évaluation.
2. Les évaluateurs de pair nommés seront rassemblés dans un atelier régional. Ils seront formés sur la méthodologie d'évaluation. L'atelier sera également une occasion de commencer à établir un réseau des gestionnaires des urgences pour la région.
3. *Résultats attendus* :
   1) *Durant les 6 mois à partir du début du projet, les experts de pair indiqués seront choisis et contactés.*
   2) *Durant les 18 mois à partir du début du projet, 1-2 évaluateurs de pair de chaque PICT participante sera formé.*

Objectif 3. Un réseau de diffusion électronique sera établi

1. En commençant par les évaluateurs de pair, un réseau de diffusion électronique sera établi pour le partage des évaluations et des leçons apprises.
2. Les évaluateurs et les principaux organismes régionaux tels que le secrétariat de la communauté du Pacifique (SPC), la 'South Pacific Applied Geoscience Commission' (SOPAC) et l'organisation mondiale de la santé (OMS), seront invités à lister les effectifs et les organismes qui devraient être inclus dans ce réseau.
3. En utilisant l'expérience du SPC sur l'exploitation des réseaux et les procédures de communication, le comité de coordination du projet emploiera d'autres moyens de communication (courriel, télécopie), pour des îles où cela est nécessaire.

4. *Résultats attendus* : *Au terme du projet de trois ans, un réseau de diffusion électronique sera mis en place.*

Objectif 4. Les réactions à cinq événements différents seront évaluées et les leçons apprises seront identifiées et distribuées dans la région.

1. Le coordonnateur du projet informera les gouvernements du PICT de la disponibilité des évaluateurs de pair et de leur rôle (et de leur valeur pour le PICT). Les gouvernements des PICT seront encouragés à contacter le coordonnateur au sujet des événements qu'ils estiment convenir à l'évaluation.
2. Sur avis d'un événement, le coordonnateur identifiera une équipe de 3 personnes, nommera un chef d'équipe et prendra les dispositions logistiques pour que l'équipe puisse réaliser une visite d'évaluation. Il est prévu qu'une semaine approximativement soit nécessaire pour chaque visite.
3. À la conclusion de la visite, l'équipe préparera un rapport et l'adressera au coordonnateur.
4. Le coordonnateur enverra le rapport au gouvernement hôte pour donner à ses agents une occasion de donner leurs commentaires et leurs clarifications.
5. Le coordonnateur et le chef d'équipe intégreront les commentaires et les clarifications fournies, finaliseront le rapport et le distribueront par l'intermédiaire du réseau.
6. *Résultats attendus* : *A la fin du projet :*
   1) *Cinq rapports d'événement seront réalisés par le comité de coordination du projet*
   2) *Le coordonnateur aura réalisé un rapport succinct relatant des leçons apprises. Le rapport succinct sera distribué et publié dans le Pacific Health Dialog.*

Agences collaboratrices

Le projet sera implémenté sur une vaste région et sera coordonné par la SPC via son programme de santé publique basé à Nouméa en Nouvelle-Calédonie. Un certain nombre d'organismes régionaux et nationaux seront impliqués dans cet effort.

- Gouvernements des PICTs : nommeront le personnel à former comme les évaluateurs de pair et les rendront disponibles pour réaliser ces évaluations. Ils conseilleront également le coordonnateur sur les événements appropriés pour l'évaluation. Le coordonnateur du projet demandera à certains PICTs de fournir des membres au comité de coordination du projet (PCC)
- OMS : fournira le soutien technique et un membre au PCC
- SOPAC fournira le soutien technique et un membre au PCC
- SPC: hébergera le projet et fournira le soutien technique et d'autres types d'assistance. Via le coordonnateur du projet, le SPC fournira également le secrétariat pour le PCC.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Le Comité de coordination du projet surveillera l'implémentation du projet. Durant les trois ans du projet, cinq rapports du projet seront fournis à l'organisation donatrice. Les principales étapes incluront la préparation de la méthodologie d'évaluation, la nomination par les PICTs des évaluateurs de pair, la formation de ces évaluateurs par l'intermédiaire d'un atelier régional, la réalisation des rapports d'évaluation au sujet de 5 urgences de santé dans les PICTs, la réalisation d'un rapport succinct sur les leçons apprises et la diffusion de l'information par l'intermédiaire du réseau et par

l'intermédiaire d'une publication dans la revue Pacific Health Dialog.

Budget sommaire

On estime le coût du projet à $915.000 USD, y compris une contribution en nature de $230.000 (principalement pour les frais du personnel destines à fournir une contribution technique). Les fonds sont nécessaires pour un coordonnateur du projet ; voyages dans la région pour le coordonnateur et les équipes d'évaluation ; et les coûts liés à l'atelier de formation et communication/publication.

Catégorie	Dépenses du projet	Contribution en nature	Budget Total (U$ $)
Personnel (Salaire /Prestations): 1 coordonnateur à temps plein	300 000	200 000	500 000
Déplacement: voyage du coordonnateur aux PICTs; voyager des 3 évaluateurs à chacun de 5 événements.	80 000	-	80 000
Coûts Directs d'implémentation 1 atelier régional de formation pour des évaluateurs Réunions du Comité de coordination du projet (2 fois par an pendant 3 années)	100 000 150 000	-	250 000
Equipement (pc portable etc..)	15 000	10 000	25 000
Coûts Opérationnels (communication etc)	40 000	20 000	60 000
Imprévus 10%			91 500
Dépenses Totales du projet	**685 000**	**230 000**	**1 006 500**

Personne à contacter : Tom Kiedrzynski, SPC, P.O. Box D5, Nouméa, 98848, Nouvelle-Calédonie , courriel: tomk@spc.int

AUTONOMISATION DE LA COMMUNAUTÉ PAR LA FORMATION EN SOUTIEN PSYCHOSOCIAL LORS DES DÉSASTRES NATURELS
Projet pilote à Pohnpei, Fédération des Etats de la Micronésie

Le problème et la situation actuelle

Les îles micronésiennes sont parmi les îles les plus fréquemment frappées par les ouragans dans le Pacifique. En 2002, l'ouragan Chata'an frappa les îles de Chuuk avec une très forte pluie. L'inondation de la surface s'est produite dans les régions de faible altitude, causant ainsi la panne des services publiques. En 2004, l'ouragan Sudal a traversé l'Etat de Yap en causant de larges dommages aux habitations, bâtiments publiques, infrastructure et aux équipements de l'agriculture. Les dégâts physiques provoqués par ces désastres ainsi que beaucoup d'autres sont bien connus et documentés. Ces dernières années, des plans ont été développés pour aider à atténuer l'impact physique de ces désastres naturels en Micronésie.

Les désastres ont également des conséquences psychologiques. Chaque personne qui subit un désastre naturel en est psychologiquement affectée. Le traumatisme psychologique a des effets sur la santé des individus, sur les interactions de famille et les comportements risqués associés au stress. Actuellement, les conséquences psychosociales des désastres ne sont pas incorporées aux efforts de planification de la Fédération des Etats de la Micronésie (FSM).

Objectif global du projet

Le projet de deux ans est conçu pour établir la capacité des communautés de la Micronésie pour contrecarrer l'impact psychosocial des désastres. Le projet sera conduit et pris en charge par les communautés de Pohnpei, un état micronésien avec une population de 30.000 personnes. Par la suite, ce projet pourra être étendu à tous les états de FSM ainsi qu'à d'autres pays du Pacifique.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: L'initiative est approuvée et que la conscience est améliorée via une réunion consultative avec les groupes intéressés.

1. Une réunion consultative avec les groupes intéresses et les consultants-experts sera organisée par les centres pour le Contrôle la prévention des maladies /Initiative de santé de secours du Pacifique (CDC/PEHI). L'importance et le besoin de soutien psychologique lié aux désastres seront soulignés. Comme ce projet vise la communauté, la participation de la communauté dans une première partie est primordiale pour le succès de ce projet.

2. Lors de la réunion, un groupe de travail sera formé. Sa fonction sera de surveiller et d'informer l'agent du projet sur la mise en place du programme.
3. Le groupe de travail sera responsable de sélectionner un agent pour le projet.
4. L'agent du projet sera responsable de coordonner et de contrôler le programme et de mettre en application les recommandations du groupe de travail
5. *Résultats attendus: Liste des membres du groupe de travail, minutes de chaque réunion consultative, sélection d'un agent pour le projet.*

Objectif 2: Les communautés pilotes sont identifiées et des apprentis futurs sont sélectionnés par la communauté.

1. Les communautés seront sélectionnées par le groupe de travail.
2. L'agent du projet entrera en contact avec les communautés et rencontrera les dirigeants de la communauté pour identifier les apprentis futurs du programme. Les apprentis devraient être sélectionnés pour représenter les différents segments de la population et les fournisseurs d'aide psychosociale culturellement appropriés.
3. L'agent du projet réalisera une liste des communautés approchées et une liste des apprentis potentiels. L'agent du projet fera alors un contact préliminaire avec les apprentis potentiels pour évaluer leur niveau d'intérêt, leur donner l'occasion de devenir impliqué dans le développement du programme d'études qui sera utilisé et pour recevoir leur engagement pour la période du projet.
4. *Résultats attendus: Avant trois mois après le début du projet, les communautés cibles seront sélectionnées, une liste des apprentis potentiels sera établie et les apprentis seront contactés.*

Objectif 3: Les mécanismes traditionnels pour contrecarrer les désastres, et l'information relative aux conséquences psychosociales sont identifiés et documentés.

1. Une intervention significative ne peut pas être réalisée sans un profond examen des mécanismes traditionnels utilisés désastres par les communautés cibles pour contrecarrer les désastres. L'information pertinente sur la culture sera collectée via une revue de la littérature, des observations et des entrevues avec informateurs principaux des communautés cibles et avec les personnes ayant une expertise appropriée sur Pohnpei.
2. L'information sera énumérée par le groupe de travail et analysée par l'agent du projet. Une matrice de l'inventaire culturel décrivant le mécanisme, les agences et les personnes sera produite.
3. *Résultats attendus:*
   1) *Rapport comprenant un sommaire de la revue de la littérature et un relevé des conclusions des observations et des entrevues.*
   2) *Une matrice de l'inventaire culturel décrivant le mécanisme, les agences et les personnes qui pourraient fournir le soutien psychosocial en Micronésie dans des situations de désastres.*

Objectif 4: Les directives pour les interventions de soutien psychologique et les modules de formation sont réalisés.

1. La matrice de l'inventaire est employée par l'agent du projet, le groupe de travail et le consultant-expert pour produire les directives

qui guideront la réalisation des modules de formation.

2. Les programmes d'études qui sont utilisés dans la région seront révisés et utilisés. Au moyen d'un effort de collaboration entre l'agent du projet, le groupe de travail et les consultant-experts, les modules de formation sur le soutien psychosocial culturellement approprié seront réalisés pour Pohnpei.
3. *Résultats attendus: Au terme de la première année du projet, les directives et les modules de formation seront produits.*

Objectif 5: La formation est fournie aux personnes qui doivent être autonomisés pour fournir les services psychologiques (par exemple, premiers interlocuteurs, volontaires de la communauté, leaders spirituels et traditionnels, personnel de la santé publique)

1. Les modules développés seront utilisés dans les ateliers sur le soutien psychosocial lors des désastres; ces modules seront inculqués aux personnes qui doivent être autonomisées pour fournir les services psychologiques.
2. Les consultants-experts aideront à la facilitation des ateliers.
3. *Résultats attendus: Le nombre des sessions de formation et les données démographiques des participants seront rassemblées.*

Objectif 6: Le personnel formé dispense des sessions de sensibilisation à la communauté

1. Le personnel nouvellement formé de chaque communauté organisera et préparera des sessions de sensibilisation selon le plan d'action établi par l'atelier. Selon chaque communauté, les sessions de sensibilisation pourront être dispensées dans un cadre commun, domiciliaire, etc.
2. *Résultats attendus: Les données démographiques des personnes participant à chaque session seront rassemblées et les sessions de sensibilisation seront fournies dans un ordre prédéterminé dans les communautés.*

Agences collaboratrices

Un certain nombre d'agences et d'organismes à différents niveaux du gouvernement seront impliqués dans l'effort comme suit,:

1. Ministère de la santé: membre du groupe de travail, agence dirigeante: Main d'œuvre, autorité légale, assistance technique
2. CDC/PEHI: agence dirigeante potentielle, assistance technique
3. Organisations non gouvernementales (NGOs): collecte d'information
4. Croix Rouge – partie du plan national d'état de préparation des désastres pour FSM. Collaboration: documents de formation existants sur le soutien psychologique, réseau et partenariat de la Croix Rouge selon le plan de gestion des désastres de la Croix Rouge.
5. Université de Médicine de Fiji: assistance technique
6. Police et pompiers locaux (premiers interlocuteurs)

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Le programme de formation sera révisé par l'université de médecine de Fiji, le CDC/PEHI ou une autre agence dirigeante appropriée. Le procédé d'évaluation inclura : une surveillance régulière de la planification et de la mise en place par l'agent du projet ; un rapport du consultant et du donateur sur l'état d'avancement bisannuel; et une évaluation sommaire du projet après la 2ème année par des experts internes et externes. Un rapport final sera adressé au Secrétariat de la Communauté du Pacifique (SPC), la

commission de South Pacific Applied Geoscience Commission (SOPAC), l'Organisation mondiale de la santé (WHO), etc. pour une futur utilisation dans d'autres pays et territoires des îles du Pacifique.

Budget sommaire (U$ $)

Catégorie	**Dépenses du projet**	**Contribution en nature**	**Budget Total (U$ $)**
Personnel (Salaire / Prestations) (incluant un agent à temps plein du projet 15 000 US $ par an et un Assistant/consultant technique pour 5 semaines @)1 200 US $	36 000		36 000
Déplacement et hébergement	28 000	2 000	30 000
Coûts Directs De Mise en place (formation /sensibilisation)	8 000	2 000	10 000
Equipement (ordinateur)	2 000		2 000
Coûts Opérationnels	2 000	1 000	3 000
Sous-Total			81 000
Dépenses imprévisibles 10%			8 100
Dépenses totales du projet			**89 100**

Personne à contacter: Lise Martel, CDC/ PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, USA, courriel: lmartel@cdc.gov

FORMATION SUR LA GESTION DES RISQUES DE SANTÉ CAUSÉS PAR LES DÉSASTRES DANS LE PACIFIQUE

Le problème et la situation actuelle

Les études ont identifié de sérieuses insuffisances dans le Pacifique en ce qui concerne la santé, les effectifs médicaux et les équipements de santé. Le manque de gestionnaires certifiés/qualifiés de risques de santé des désastres amplifie la vulnérabilité régionale, nationale et communautaire aux désastres naturelles et aux désastres causés par l'homme. Actuellement, il n'y a aucun programme official de formation des gestionnaires certifiés/qualifiés des risques de santé causés par les désastres dans le Pacifique.

Objectif global du projet

L'objectif global est de former des gestionnaires de risques de santé dus à des désastres (HDRM) pour les Pacifique. Le HDRM joueront le rôle de leadership via une méthode de gestion de tous les risques de santé y compris la prévention, la réduction, l'état de préparation, l'intervention et le rétablissement. En développant ce projet, chaque effort sera fait pour utiliser les établissements et les agences existants dans le Pacifique pour atteindre les buts de formation ainsi que les objectifs. Le secrétariat de la communauté du Pacifique (SPC) aura le rôle d'institution guide pour conduire un premier atelier d'organisation afin de rassembler l'université de Santé publique et de premiers soins / l'université de Médicine Fiji (SPH&PC) et ses établissements éducatifs francophones homologues (FEIs: universités locales ou programmes éducatifs localisés en Nouvelle-Calédonie et en Polynésie française). Les homologues anglophones et francophones collaboreront pour développer un programme central d'études régional pour former les gestionnaires régionaux des risques de désastres en santé. Ces établissements recruteront et embaucheront également le corps enseignant et les formateurs, et ils formeront jusqu'à 440 apprentis dans 22 pays des îles du Pacifique sur une période de sept ans. La méthode d'instruction suivra un processus apprentissage flexible (Formation face-à-face et, si possible, un mélange de techniques de formation à distance) approprié aux différents besoins éducatifs et aux technologies de communications disponibles dans les pays cibles. Le SPH&PC mènera les formations des étudiants préparant une licence et ou des formations universitaires supérieures visant l'obtention d'un diplôme officiel de santé publique en HDRM et plus (Diplôme, Licence, et maîtrises) dans 18 pays anglophones. En contrepartie, les FEIs réaliseront la formation en HDRM par des programmes de formation de périodes définies (d'un mois par an) dans quatre pays francophones sur une période de sept ans. Un premier atelier chez SPC fournira le lieu de rendez-vous et débutera le processus pour les communications directes et encours entre SPH&PC et FEIs pour partager les programmes d'études, les méthodes d'enseignement ainsi que les succès et les défis continus de formation. Ensuite, un atelier annuel chez SPC sera le lieu de rendez-vous de tête à tête pour les éducateurs pour discuter officiellement et

partager leurs activités de formation continues et pour être conforme à l'évaluation d'apprentissage annuelle du projet.

Objectifs, activités et indicateurs

Le concept de réalisation d'un programme de formation en HDRM a été approuvé par les ministres de la santé lors du deuxième sommet de la gestion des risques de désastres qui s'est tenu à Fiji en juin 2005 et transmis à la table ronde lors de la conférence régionale de ministres de la santé de l'OMS à Nouméa en Nouvelle-Calédonie en septembre 2005 pour une plus large approbation. Au terme de ce projet de sept ans, 440 gestionnaires de risques de désastres sanitaires de 18 pays anglophones et 4 francophones des îles du Pacifique seront formés. Ceci sera réalisé comme suit:

Objectif 1: Atelier pour lancer le processus de cadrage et de communication entre SPH et PC, et les FEIs.

1. Dans les trois mois de financement, le SPC sponsorisera un atelier à Nouméa pour rassembler un petit groupe d'éducateurs de santé médicale/publique, et les administrateurs du SPH&PC et les contreparties FEIs pour choisir des experts en matière de HDRM afin de lancer un processus de cadrage et de communication régionales établissement-à-établissement et réaliser un programme principal HRDM d'études régional.
2. Entre les ateliers annuels suivants, les établissements participants, sur une base continue, vont directement partager leur programme d'études et progression de l'implémentation avec les autres.
3. Un processus d'évaluation de la formation du projet sera tranché par SPC et les établissements participants. L'évaluation sera effectuée annuellement et partagée avec les ministères de la santé participants. Ensuite, le SPC sponsorisera les ateliers annuels pour discuter formellement, suivant un mode 'tête-à-tête', des réussites et des défis du projet ainsi que du rapport sur l'évaluation annuelle de la formation de l'état d'avancement du programme.
4. *Résultats attendus:*
    1) *Liste des participants de la réunion initiale.*
    2) *Évaluation annuelle de la formation réalisée par SPC*

Objectif 2: Un programme principal d'études régional sera réalisé

1. Durant les 6 à 12 mois de l'atelier SPC initial sponsorisé
    1) un programme principal d'études régional sera réalisé par les établissements participants
    2) le programme d'études sera partagé électroniquement et discuté lors de conférences téléphoniques. L'adoption unanime d'un programme d'études régional commun n'est pas nécessairement le but du projet. Le programme d'études peut être adapté pour satisfaire les besoins éducatifs et la disponibilité des technologies de communication locales des pays participants.
    3) Le SPH&PC réalisera des programmes d'études universitaires de 2ème et 3ème cycles menant à une licence officielle de santé publique en HDRM (cinq cours / 10 matières). L'occasion de continuer ces études académiques menant à des qualifications plus élevées (diplôme, licence et maîtrises) sera disponible.
2. Entre la 1ère et la troisième année, un processus de formation de six semaines sera lancé dans six

nouveaux PICTs par an. Ensuite, entre la 2ème et la 7ème années, un cours de deux semaines sera donné dans chaque pays de sorte que, lors de la septième année, 360 personnels de la santés et d'urgence dans 18 PICTs aient obtenu un certificat de santé publique en HDRM.

3. Les établissements éducatifs francophones en contreparties réaliseront un programme d'études et un processus qui sera enseigné annuellement sur une période d'un mois à 80 personnes ou plus de santé et d'urgence. L'adaptation de ce processus dans un plus grand cadre éducatif, comme celui du SPH&PC, sera confiée aux éducateurs de FEI et aux ministères de la santé francophones participants.
4. Entre 6 à 12 mois de l'atelier initial, le processus d'enseignement débutera. Sur une période de sept ans, pas moins de 440 personnel de la santé et gestionnaires d'urgence recevront la formation de base en HDRM afin d'occuper les postes de responsabilité dans leurs communautés respectives et de gérer les cas de désastres environnementaux ainsi que ceux causées par l'homme.
5. SPC et les établissements éducatifs participants accepteront de mettre en application un processus et un format d'évaluation des formateurs pour évaluer si les buts et objectifs du programme sont atteints ainsi que de savoir les mérites et valeur ajoutée de ce programme. Ces évaluations de la formation seront partagées avec les ministères de la santé des pays participants.
6. *Résultats attendus:*
   1) *Des programmes principaux d'études régionales en anglais et en français seront réalisés.*
   2) *Au terme du projet, le programme d'études en anglais sera enseigné à 360 personnels de santés et d'urgence et le programme d'études en français sera enseigné à 80 personnels de santé et d'urgence.*
   3) *Un formulaire d'évaluation de la formation sera réalisé.*

Agences collaboratrices

Un certain nombre d'agences et d'organismes à divers niveaux du gouvernement participeront:

- Ministères de santé des îles du Pacifique
- Universités en Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, et à Wallace et Futuna
- Institut de santé publique & de Premiers soins / Université de médecine de Fiji
- Université du Pacifique du sud
- Autres agences de formation et d'assistance technique

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Au début du projet et durant toute sa durée, le SPC et les établissements éducatifs participants se mettront d'accord sur un format et un processus pour que l'évaluation de la formation soit menée par des organismes des donneurs externes. Les organismes des donneurs recevront des rapports sur l'état d'avancement annuel via le SPC et les établissements participants. Ce rapport d'évaluation de la formation sera présenté à l'atelier annuel sponsorisé par SPC. Les groupes qui recevront les rapports annuels d'évaluation de la formation incluent:

- Ministères de la santé des îles Pacifiques
- Office Régional du Pacifique de l'ouest/OMS
- Secrétariat de la communauté du pacifique

- Établissements éducatifs participants: SPH&PC /FSM, Établissements éducatifs Français de contrepartie (FEIs)
- Initiative de santé d'urgence du Pacifique / Centres de contrôle et de prévention des maladies
- SOPAC

Contacts de la proposition conceptuelle

- Secretariat of the Pacific Community: Dr. Tom Kiedrzynski, tomk@spc.int
- School of Public Health & Primary Care / Fiji School of Medicine: Dr. Sitaleki Finau, s.finau@fsm.ac.fj
- Représentant Francophone: Dr. Dominique Marghem: dominique.margham@sante.gov.pf
- Pacific Emergency Health Initiative / Centers for Disease Control & Prevention: Dr. Mark Keim, mkeim@cdc.gov
- U.S.-Associated Pacific Islands: Dr. Gregory Dever, gdever@palaunet.com

Budget sommaire

On estime que tout le coût du projet sur sept ans est de **4.531.560 UD** avec une petite part des contributions venant des organismes existants. Les fonds sont nécessaires pour le démarrage du projet puisque les organismes régionaux existants n'ont pas la capacité financière de couvrir ces coûts.

Catégorie	Dépenses du Projet (U$$)	Contribution en nature	Budget Total
1. Validation		WHO/SPC	
2. Coûts de la réunion annuelle du SPC			
2.1 Réunion d'organisation	100 000 / an		an 1-7 $700 000
3. Réalisation et enseignement du programme d'études			
3.1 Consultant (honoraires & voyage) SPH&PC:an 1: $25 000 FEIs: an 1-7: $80 000 / an x 7	25 000 560 000		$585 000
3.2 Nouveau corps enseignant du FTEs SPH&PC:an 1-7:1 FTE ($100 000) x 2 / an x 7ans	1 400 000		$1 400 000
3.4 Instruction – SPH&PC ($500 par personne par 2 modules de cours) - An 1 – 20 personnes / pays x 6 pays - An 2 – 20 personnes par pays x 12 pays - An 3-5 – 20 personnes par pays x 18 pays - An 6 – 20 personnes par pays x 12 pays - An 7 – 20 personnes par pays x 6 pays	An1 60 000 An 2 - 120 000 An3-5 -180 000 An 6 - 120 000 An 7 - 60 000		An1-7 $900 000
3.4 Coût opérationnel du corps enseignant		50 000 / an	350 000
4. Voyage du corps enseignant et du formateur par jour			
4.1 Voyage & par jour – **SPH&PC** An 1 – 1 session de six semaines ($9 300) x 6 nouveaux pays An 2 – 1 session de six semaines ($9 300) x 6 nouveaux pays - 1 session de deux semaines ($5 100) x 6 pays An 3 – 1 session de six semaines ($9 300) x 6 nouveaux pays - 1 session de deux semaines ($5 100) x 12 pays An 4-5-1 session de deux semaines ($5 100) x 18 pays An 6 – 1 session de deux semaines ($5 100) x 12 pays An 7 – 1 session de deux semaines ($5 100) x 6 pays	An1 - 55 800 An2 - 86 400 An3 - 117 000 An4&5 - 91 800 An6 - 61 200 An7 - 30 600		An 1-7 534 600
Sous Total			4 119 600
Imprévus 10%			411 960
Dépenses Totales du projet			**4 531 560**

Personne à contacter: Dominique Marghem, directeur de l'office de la santé, BP 611, 98713 Papeete, Polynésie française, courriel: Dominique.marghem@sante.gov.pf

CAPACITÉ ACCRUE DE LA COMMUNAUTÉ POUR L'ÉTABLISSEMENT ET LA GESTION DE CAMPS DE REFUGIÉS

Une proposition servant les besoins de vingt-deux nations du Pacifique

Le problème et la situation actuelle

Les études ont identifié des manques sérieux dans le Pacifique liés à l'accent mis sur l'inclusion des questions de santé dans l'établissement et la gestion d'urgences. Le manque de capacités et de possibilités au sein des communautés du Pacifique a souvent comme conséquence la perte inutile de vies due aux maladies infectieuses. En fait, l'expérience précédente prouve que les conséquences de la faible fourniture du service de santé dans les cas d'urgence peuvent réellement être plus préjudiciables que la catastrophe elle-même. La fourniture d'abris de base, approvisionnement en eau, équipements de toilette, puits pour les ordures, drainage d'eaux résiduaires sont des services de santé minimaux exigés pour empêcher ou contenir la manifestation de maladies infectieuses qui dévastent souvent de telles camps de refugiés. On s'attend à ce que ces camps de refugiés fournissent l'appui nécessaire pour les populations affectées pendant le processus de réponse et jusqu'à ce qu'elles puissent retourner à leurs foyers, pendant une période qui peut varier de quelques jours à deux ans.

But global du projet

Le but global de ce projet de deux ans est d'éveiller la conscience et de permettre aux communautés de 22 nations du Pacifique d'aborder les questions principales de santé liées à l'établissement d'camps de refugiés. A la fin du programme de prise de conscience, on s'attendra à ce que les communautés préparent un manuel de base du plan d'opération de secours (EOP) en leur propre langue. Le manuel EOP fournira la procédure standard d'opération (SOP) qui doivent être accomplies pour assurer la gestion appropriée des questions de santé dans les camps de refugiés. Le projet sera contrôlé par l'Ecole de la santé publique de la Faculté de médecine du Fiji, un établissement du Pacifique qui a la capacité de fournir des programmes d'habilitation dans les questions de santé environnementale.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1 : La formation sera fournie aux formateurs des 22 nations respectives.

1. Les ministères de santé des 22 nations du Pacifique nommeront des individus pour servir de représentants à leur nation. A la fin de la formation, les nominés deviennent des formateurs [8] dans

[8] Les ministres de santé doivent convenir avant le choix que les candidats aient le temps dans leurs

leur propre nation. Ceux nominés peuvent être, notamment, des praticiens dans leurs nations respectives.

2. Un programme de deux semaines sera offert par l'école de médecine de Fiji aux représentants choisis par les ministères de santé. Le programme couvrira les matières suivantes : bases de bons abri, approvisionnement en eau, toilettes, puits d'ordures et drainage d'eaux résiduaires ; la connaissance et les qualifications exigées pour diriger efficacement des activités locales d'exécution, et les maladies nées d'un vecteur. Les stagiaires développeront les qualifications nécessaires : conduire une évaluation des connaissances actuelles dans leur propre communauté, modifier la teneur de la formation pour adapter les connaissances actuelles à leur communauté, développer un plan d'opération de secours (EOP) qui intègre les directives de Sphère et de NIMS, et mener des sessions de formation dans leur propre communauté. Tous les stagiaires recevront un manuel contenant: tout le contenu adapté et les méthodologies d'enseignement recommandées; formulaires d'évaluation ; et références. Les stagiaires recevront également une copie du manuel de Sphère [9] en anglais ou français, selon la préférence de chaque stagiaire.

3. *Résultats Prévus :*
   1) *La liste de stagiaires compilés des noms fournis par les Ministères de santé*
   2) *Enregistrement de présence et catégories des stagiaires pour la formation de 2semaies à l'école de médecine de Fiji*
   3) *Les formulaires d'évaluation sont remplis par les stagiaires, certifiant qu'ils ont reçu tous les supports et formation promis*

Objectif 2 : Conduire les programmes d'habilitation de la communauté pour assurer l'inclusion des questions de santé dans l'établissement et la gestion des camps de refugiés.

1. Chaque ministère de santé organisera et annoncera des sessions de formation dans les communautés de sa nation.
2. Les formateurs nouvellement qualifiés offriront la formation. Les programmes d'habilitation seront conduits dans les différentes communautés et souligneront la participation locale.
3. Les formateurs serviront de point focal des programmes d'habilitation de la communauté et aideront les communautés locales à
   1) développer les qualifications et la connaissance promues par le programme l'école de médecine de Fiji
   2) évaluer les services de santé existants qui sont disponibles sur les emplacements qui serviraient d'camps de refugiés pendant une situation de catastrophe ou identifient d'autres emplacements d'camps de refugiés potentiels
   3) identifier les lacunes de service de santé qui devraient être comblées et faire des recommandations concernant la façon dont ces lacunes pourraient l'être.

---

programmes d'accomplir les activités de formation et de planification requises au cours de la vie du projet. Il est recommandé que les ministères de santé changent les descriptions des postes des candidats pour refléter ce changement de charge de travail.

[9] Les normes de sphère seront utilisées comme guide principal pour déterminer les niveaux adéquats à utiliser dans les implantations de secours. D'autres directives de CDC, de l'OMS, de l'IFRC, de l'UNICEF et d'autres organismes seront également intégrées.

4. *Résultats prévus :*
   1) *une liste de participants pour chacune des sessions fournie dans les communautés de chaque nation*
   2) *un rapport d'une page aux services de santé et lacunes de chaque emplacement d'implantation de secours*
   3) *formulaires d'évaluation remplis par les participants*

Objectif 3 : Développer les plans d'opération de secours basés sur la communauté (EOPs) pour assurer la gestion appropriée des questions de santé dans les camps de refugiés.

1. Les ministères de la santé convoqueront une réunion des différentes agences qui joueraient un principal rôle en assurant des mesures de protection sanitaire dans les camps de refugiés dans des situations de catastrophe et établiront un comité de communauté.
2. Utilisant l'apport de ces principales agences, le comité de communauté développera des SOP pour leur nation. Les stagiaires du programme de l'école de médecine du Fiji serviront de support.
3. Les SOP capitaliseront sur et seront informés des qualifications traditionnelles des communautés.
4. Les SOP seront compilées dans un EOP complet.
5. Le comité utilisera les SOP pour développer une liste de projets potentiels qui devraient être entrepris dans leur communauté pour faciliter l'établissement d'une base de la communauté qui facilitera l'entretien et l'adoption des mesures de protection sanitaire appropriées dans des camps de refugiés en période de catastrophe.
6. Un exercice de dessus de table sera tenu à la fin du projet pour tester l'EOP .
7. *Résultats prévus :*
   1) *Liste de présence pour la réunion de principales agences organisées par les ministères de la santé*
   2) *Un EOP comprenant une compilation des SOP développés produits par le comité de communauté sous les conseils du stagiaire ; une structure du système national de gestion d'incident (NIMS) ; les normes de SPHÈRE sont visées ; et listes de contact. Les SOP devraient couvrir les questions liées à l'eau et la nourriture, hygiène, contrôle de vecteurs , rejet des déchets et d'autres questions relatives à la santé.*
   3) *Une liste de projets potentiels*
   4) *L'évaluation d'EOP sous les conseils des centres pour le contrôle et la prévention des maladies/initiative de santé de secours du Pacifique (CDC/PEHI).*

Collaboration au projet

Un certain nombre d'agences et d'organismes à divers niveaux du gouvernement seront impliqués dans l'effort :

- Les ministères de la santé des îles du Pacifique autoriseront l'exécution du projet, identifient les personnes à former par l'école de médecine de Fiji, organisent des formations locales et le développement local d'EOP et de SOP.
- L'école de médecine de Fiji (FSM) fournira la formation initiale des formateurs et surveillera le progrès du projet. La FSM sera responsable de surveiller la production des documents prévus (rapports de réunions, évaluations d'implantation de secours, EOP, SOP, etc.)
- Les stagiaires du programme de FSM seront responsables de conduire la formation dans les communautés

locales, faciliteront le développement des SOP au niveau local et produiront les rapports requis pour chaque événement.

- Le comité de la communauté sera responsable de produire le document final d'EOP
- Le bureau régional du Pacifique Ouest /organisation mondiale de la santé (OMS) peuvent fournir la formation et les supports de formation et l'appui technique.
- PEHI/CDC aidera à la conception de programme et fournira l'assistance technique pour la compilation des SOP et de la production de l'EOP.
- L'UNICEF et la fédération internationale de la croix rouge et du croissant rouge (IFRC) peuvent être appelés à fournir l'assistance technique et les directives.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Au début du projet et durant toute sa vie, le FSM fournira des rapports sur l'état d'avancement périodiques aux organismes donateurs. Le FSM mettra à jour également périodiquement les organismes suivants sur le progrès du projet :

- *Ministères de la santé des îles du Pacifique*
- *Le secrétariat de la Communauté Pacifique recevra des rapports réguliers et peut fournir l'expertise ou d'autres formes de contribution.*
- *la Commission de géoscience appliquée du Pacifique du Sud (SOPAC) recevra des rapports à moyen terme et finaux de projet.*

Budget sommaire

Le coût total du projet est estimé à 3 500 000 $USA, dont $2 640 000 soit 83% du total est composé de contributions en nature des 22 pays. Les fonds d'un montant de $860 000 sont requis des organismes donateurs pour que le projet démarre.

Catégorie	Dépenses de projet U$ $	Contribution en nature U$ $	Sous totaux U$ $
1. Conduite de programmes d'habilitation de la communauté			
1.1 Formation régionale des formateurs	100 000		100 000
1.2 Formation sur place	220 000	880 000	1 000 000
2. Développer les SOP de la communauté			
2.1 Formation régionale, production d'EOP	100 000		100 000
2.2 Facilitation au pays	220 000	880 000	1 000 000
2.3 Compilation et test des SOP	220 000	880 000	1 000 000
Sous total	860 000	2 640 000	3 200 000
Imprévus 10%			300 000
Dépenses totales du projet			**3 500 000**

Personne à contacter : Noa Tokavou, Fiji School of Medicine, Private Mail Bag, Suva, Fiji, e-mail: n.tokavou@fsm.ac.fj

PRÉPARATION NATIONALE RENFORCÉE CONTRE LA GRIPPE (SNIP)

Le problème et la situation actuelle

Il est largement admis qu'une future pandémie de grippe est inévitable. Bien que le moment de cette pandémie soit incertain, les épidémies courantes de la grippe aviaire hautement pathogène dans le Sud-est asiatique pose un risque significatif de développement en future pandémie. Des agrégats de cas humains ont été détectés et l'organisation mondiale de la santé (OMS) craint que le virus n'augmente sa capacité de contagion d'une personne à une autre. De plus, le virus s'est avéré avoir infecté une gamme d'espèces mammifères (par exemple les porcs).

Les îles du Pacifique (PICTs) ne seront pas à l'abri de futures pandémies. Les pandémies précédentes ont eu d'énormes impacts sanitaires et sociaux : en 1918, par exemple, certaines îles du Pacifique (par exemple le Samoa et le Tahiti) ont eu des taux de mortalité par la grippe de l'ordre de 20 à 25% de leur population totale. L'augmentation importante de la vitesse et du volume des voyages internationaux ces dernières décennies signifie que les PICT sont maintenant bien plus exposés. Les îles du Pacifique sont également très vulnérables aux impacts de futures pandémies en raison de la capacité limitée de leurs systèmes de santé.

Dans ce contexte, la planification pour de futures pandémies est essentielle pour les PICT. Le besoin des pays de mieux se préparer a été identifié par la réunion OMS/ Secrétariat de la Communauté du Pacifique /Ministres de santé du Pacifique à Samoa en mars 2005 et un progrès a été accompli au niveau régional, avec un plan de préparation anti-pandémie en place. Le renforcement de la préparation anti-pandémie de grippe est également identifié comme ayant des avantages de prévention et de contrôle des maladies largement contagieuses.

Cependant, ce progrès régional n'a pas été reflété au niveau national : aucune île n'a actuellement accompli ni testé un plan national de pandémie de grippe et le besoin de tels plans est maintenant pressant.

But global du projet

Le but du projet est de réduire l'impact d'une future pandémie de grippe sur les PICT, en renforçant leur état de préparation à cet événement. Plus spécifiquement, le projet travaillera avec les PICT pour assurer le développement de plans de pandémie de grippe multisectoriels nationaux suivis du test et du renforcement conséquents de ces plans. Le projet aura une durée de deux ans. Cependant, étant donnée l'urgence de la

question, les activités du projet seront concentrées autant que possibles pendant les premières phases.

Objectifs, activités et indicateurs

Vers la fin du projet :

Objectif 1 : Chaque PICT aura un plan de pandémie de grippe national. Cela sera réalisé par les activités suivantes :

1. Développer et mettre à jour les outils de recommandation (sommaires d'impact passés et futurs nationaux), en capitalisant dans la mesure du possible sur les matériaux existants, et en diffusant aux décideurs nationaux.
2. Identifier et diffuser des exemples de plans de pandémie de grippe nationaux et régionaux d'autres pays et régions similaires.
3. Communiquer avec les PICT pour identifier les pays prêts à entreprendre un chantier national et planifier des ateliers nationaux.
4. Développer les matières de base à l'usage des ateliers nationaux
5. Entreprendre un atelier multisectoriel national dans chaque PICT, pour développer le plan national.
6. Diffuser les plans nationaux réalisés et approuvés à d'autre PICT, y compris par le réseau de surveillance de santé publique du Pacifique (PPHSN).
7. Le projet sera mis en application régionalement et sera coordonné par le SPC à travers son programme de santé publique basé à Nouméa, Nouvelle-Calédonie.
8. *Résultats Prévus : Chaque PICT aura un plan de pandémie de grippe nationale.*

Objectif 2 : Chaque plan national sera testé et mis à jour selon les besoins

1. Préparer les scénarios et les matières de base du test
2. Identifier les PICT capables de participer tôt à un test et préparer un programme de test
3. Entreprendre l'exercice de test national dans chaque PICT et préparer une rétroaction pour renforcer davantage le plan et l'état de préparation.
4. *Résultats prévus : Chaque PICT aura testé son plan de pandémie nationale de grippe et l'aura mis à jour selon les besoins.*

Agences collaboratrices

Un certain nombre d'organismes régionaux et nationaux seront impliqués dans l'effort.

- PPHSN : comme l'approche de collaboration régionale admise pour le contrôle des maladies contagieuses prioritaires, fournira le cadre et la coordination régionale, et des mécanismes de communication (voir http://www.spc.int/phs/PPHSN). Le groupe de spécialistes en grippe de PPHSN fournira les conseils techniques pour l'exécution du projet.
- PICTs : avec les conseils techniques du ministère ou du département de la santé, chaque gouvernement de PICT s'engagera au développement multisectoriel du plan national, et à son test et mise à jour par la suite. Les équipes nationales de réponse aux épidémies (équipes EpiNet) sont en place et seront une ressource importante
- OMS : fournira l'appui technique
- SPC : accueillera le projet et fournira l'aide technique et en nature. Le SPC est également le point focal de coordination du corps PPHSN
- CDC : fournira l'appui technique
- Autres agences/ ministères de santé nationale - Australie, NZ, France, USA : fourniront l'appui technique et les avantage de leur expérience en développement de leurs propres plans nationaux et cadres de travail (dont certains auront une pertinence directe pour une partie des PICT).

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Le groupe de spécialistes en grippe de PPHSN surveillera l'exécution du projet. Des rapports semestriels du projet seront fournis à l'organisation donatrice. Les étapes importantes incluront la préparation des matériaux exigés, la tenue d'ateliers nationaux avec une participation multisectorielle, la préparation des plans nationaux et leur approbation par la suite par le gouvernement du PICT, la tenue d'exercices pour tester chaque plan national et préparer les rapports qui identifient les ajustements nécessaires aux plans et la mise à jour les plans selon les besoins.

Budget sommaire

Le coût total du projet est estimé à 840 000 US$, y compris une contribution en nature de 230 000 (principalement pour les frais du personnel technique). Les fonds sont nécessaires pour un coordinateur de projet/ épidémiologiste, le voyage dans la région et les coûts liés à l'atelier et aux processus de tests.

Catégorie	Dépenses de projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget total (U$$)
Personnel (Salaires/avantages): 1 épidémiologiste à temps plein	200 000	200 000	400 000
Voyage : un voyage de l'épidémiologiste par année à tous les PICT et voyage des experts nationaux (à d'autres PICT et localement)	80 000	-	80 000
Coûts directs d'exécution 1 atelier national 1 exercice d'essai pour chaque PICT	155 000 155 000	-	310 000
Equipement (ordinateur portatif etc)	10 000	10 000	20 000
Coûts opérationnels (communication etc)	10 000	20 000	30 000
Imprévus 10%			84 000
Dépenses totales du projet	**610 000**	**230 000**	**924 000**

Personne à contacter : Tom Kiedrzynski, SPC, P.O. Box D5, Nouméa, 98848, Nouvelle-Calédonie, e-mail: tomk@spc.int

AMÉLIORATION DE LA RÉSILIENCE ET RÉDUCTION DE LA VULNÉRABILITÉ DANS LE PACIFIQUE: UN BON DEPART POUR LA GESTION DES RISQUES DE DÉSASTRES EN SANTÉ VIA LES ÉCOLES

Le problème et la situation actuelle

Dans le Pacifique, les programmes d'étude en santé publique n'incluent pas généralement des études relatives à la réduction et à la gestion de risques reliés à la santé pendant les désastres. Les enseignants du Pacifique manquent de formation et d'équipements appropriés pour enseigner les programmes d'études de gestion des risques de santé ou de désastres. En outre, il y a un manque de matériel culturellement approprié pour les professeurs des îles du Pacifique qui doivent enseigner ces matières. Ainsi, il y a un besoin: (1) pour rassembler l'information disponible et les documents de la région sur la gestion des risques des désastres en santé qui pourront être utilisés dans les écoles; (2) pour identifier, développer et documenter les connaissances traditionnelles du Pacifique sur ses désastres; (3) et pour former des professeurs sur la gestion des risques de désastres en santé.

Objectif global du projet

Ce projet de cinq ans vise à rassembler l'information et les matériaux disponibles — en particulier, la connaissance traditionnelle. Ce corps de connaissance formera la base pour développer un programme d'études sur la gestion des risques des désastres en santé pour des écoles des îles du Pacifique. Ensuite, les enseignants seront formés et les sites d'enseignement seront choisis.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Une analyse de la situation des îles du Pacifique est réalisée.

1. Une analyse de la situation sera faite dans les états pilotes des îles du Pacifiques.
2. L'analyse va
   1) identifier les facteurs de réduction des risques de santé et de désastres des programmes d'étude existant dans les écoles
   2) identifier la connaissance et les pratiques traditionnelles en réactions aux désastres communs
   3) déterminer l'état et la capacité et d'enseignement de chaque nation
   4) déterminer les besoins en formation
3. Les rapports de l'analyse situationnelle seront discutés au forum national rassemblant tous les groupes intéressés
4. Un secrétariat sera choisi pour le projet
5. *Résultats attendus: Au terme de la première année*

1) *les facteurs de réduction des risques en santé et des programmes d'étude actuels dans les pays participants seront identifiés*
2) *la connaissance et les pratiques traditionnelles des pays participants seront identifiées*
3) *une évaluation des capacités et des ressources d'enseignement présents dans les pays participants sera conduite*
4) *une présentation des résultats sera faite au forum national alliant tous les groupes intéressés*
5) *un secrétariat de projet sera choisi*

Objectif 2: Un programme d'études de gestion des risques de santé et de désastres sera réalisé.

1. Un programme d'études sur la gestion des risques de santé et de désastres dans le Pacifique sera rédigé au forum par tous les groupes participants. Chaque pays sera représenté et présentera ses besoins respectifs.
2. Le programme d'études sera traduit en français pour les nations francophones.
3. Chaque nation des îles du Pacifique recevra une copie du programme d'étude pour une révision et pour l'adapter à son propre usage national.
4. *Résultats attendus: Au terme de la deuxième année, , un programme d'études de gestion des risques de santé et de désastres du Pacifique sera rédigé, distribué, traduit et révisé par les différentes nations.*

Objectif 3: Les enseignants principaux sont formés et qualifiés pour enseigner la gestion des risques de désastres en santé dans leur propre nation.

1. Le programme d'études sera employé comme référence pour la formation des enseignants du chaque pays.
2. Le secrétariat du projet organisera une session de formation pour un enseignant ou un superviseur d'enseignants de chaque nation. Ces participants deviendront des formateurs pour leur nation respective.
3. *Résultats attendus: Liste d'enseignants participant à la formation.*

Objectif 4: Vingt enseignants sont formés dans chaque nation

1. Un local d'enseignement requis pour délivrer le programme d'études sera identifié et obtenu dans chaque nation.
2. Un groupe de 20 enseignants sera formé par l'enseignant principal de chaque nation.
3. *Résultats attendus: Au terme de la troisième année*
   1) *au moins un enseignant ou un superviseur d'enseignants de chaque nation sera formé*
   2) *une liste des locaux d'enseignement qui seront employés sera compilée*
   3) *les listes des 20 enseignants qui ont assisté à la session donnée par l'enseignant principal de chaque nation seront compilées*

Objectif 5: Le projet éducatif est évalué sur une base continue.

1. L'évaluation sera sous la responsabilité du secrétariat du projet. Le secrétariat gérera ce processus pour assurer la production et la distribution ponctuelle des rapports ; organisera les ateliers et surveillera l'utilisation du programme d'études.
2. Le projet sera passé en revue semestriellement et le secrétariat du projet produira une évaluation de la formation semestriellement et

une évaluation sommaire à la fin du projet.

3. *Résultats attendus: Deux fois par an, le secrétariat du projet évaluera la progression et suggérera des améliorations lorsque cela est approprié.*

Agences collaboratrices

Un certain nombre d'agences et d'organismes à divers niveaux du gouvernement (de chacun des 22 pays participants) contribueront comme suit:

- Ministère de l'éducation: mènera et hébergera le projet au niveau national. Au départ, les achats de ce ministère sont essentiels pour le succès du projet.
- Ministère de la santé: fournira l'appui technique national et travaillera étroitement avec le ministère de l'éducation et d'autres groupes d'intérêts nationaux pour assurer le succès du projet.
- Chefs traditionnels et leurs communautés: sont les répertoires de la connaissance traditionnelle. Ils doivent être impliqués à tous les niveaux.
- Groupes d'intérêts nationaux: travailleront étroitement avec les communautés et joueront également un rôle de liaison. Les O.N.G. (Croix Rouge, PTA, Associations des enseignants, établissements de formation) seront impliqués
- Organismes régionaux et internationaux (y compris le conseil de l'éducation du Pacifique du sud, le Secrétariat de la communauté du Pacifique, École de médicine de Fiji, l'université du Pacifique du sud, la 'South Pacific Applied Geoscience Commission' (SOPAC), les centres pour le contrôle et la prévention des maladies / Initiative de santé d'urgence du Pacifique (CDC/PEHI), et le programme régional environnemental du Pacifique du sud (SPREP) fourniront l'expertise en éducation, environnement, gestion des risques de désastres, développement de programme d'études et de santé. L'implication de ces organismes est nécessaire pour que ce projet puisse refléter les perspectives et l'expertise du Pacifique.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Au début du projet et durant toute sa vie, le secrétariat contrôlera et surveillera l'état du projet. Les rapports semestriels seront produits pour réviser le projet et pour fournir des informations sur la formation pour la gestion du projet. Au terme de ce projet, une évaluation sommaire sera effectuée. Les rapports seront soumis aux diverses autorités nationales et régionales appropriées.

Budget sommaire

Le coût total du projet pour les 22 pays du Pacifique est estimé à 1.351.900 US$.

Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel (Salaire / Prestations)			
Secrétariat du Projet Chef d'équipe Agent du programme Administratif Assistant Consultants (2)	30 000/an X 5 ans 20 000/ an X 5 ans 15 000/ an X 5 ans 20 000/ an X 2 X 5 ans		150 000 100 000 75 000 200 000
Voyage Consultants Conseillers CDC/PEHI	Analyse de la situation dans 22 pays X 2 à 2 000 22 pays X 3 personnes X 2 000 voyage des conseillers @ 10 000 par an X 5 ans		88 000 132 000 50 000
Coûts Directs d'implémentation	fournitures @ 5 000 par an X 5 ans		25 000
Equipement	IT équipements de bureau et meubles		55 400
Coûts Opérationnels	Réunion régionale pour 22 représentants régionaux Locaux de réunion pour la réunion régionale réunions dans le pays X 22 pays @ 10 000 chacun formation d'enseignant dans le pays pour 20 enseignants dans chacun des 22 pays @ 20 000 chacun Équipements d'enseignement pour les écoles dans 22 pays @ 5 000 chacun		132 000 5 000 220 000 440 000 110 000
Sous-total des dépenses du projet			1 782 400
10% imprévus			178 240
Budget Total			**1 960 640**

Personne à contacter: Dr. Sitaleki Finau, Université de médecine de Fiji, P.O. Box 18002, Suva, Fiji, courriel: s.finau@fsm.ac.fj

L'ÉQUIPE DE SANTÉ DU PACIFIQUE
Établissement de la capacité régionale du personnel de santé publique et des services médicaux du Pacifique

Le problème et la situation actuelle

Le besoin de considérer les conséquences des désastres naturels sur les domaines de la santé publique et sur les services médicaux a été largement établi par les ministres de la santé du Pacifique lors de la déclaration du sommet de la santé du Pacifique en 2004 (http://www.cdc.gov/nceh/ierh/Declaration%20of%20the%20Pacific%20Health%20Summit.htm). L'urgence de ce besoin est accentuée par l'augmentation drastique du déplacement global et par l'apparition de nouvelles menaces de maladies infectieuses ainsi que du bioterrorisme. En dépit de leurs niveaux élevés de risque et de vulnérabilité, la plupart des nations du Pacifique manquent de capacité de réaction nécessaire pour sauver les vies de leurs populations en danger et aucune entité régionale n'a pour mandat d'augmenter la capacité nationale de réaction du personnel de la santé publique et du corps médical de cette région.

Objectif global du projet

Le projet proposé de trois ans cherche à établir un mécanisme viable pour assurer la disponibilité et l'accessibilité aux ressources humaines et matérielles pour préparer les nations du Pacifique pour les désastres naturels, technologiques ou biologiques qu'elles subiront. Ce projet est conçu pour former des experts régionaux en matière de soins de santé qui pourrait être déployés sur simple notification lors d'un désastre.

Le projet abordera des questions de mobilisation, de développement et de mise à jour d'un registre de personnel qualifié, d'approbation gouvernementale des modalités de déploiement et de l'établissement des mécanismes pour accéder/acquérir l'équipement et les ressources nécessaires.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Le groupe et le mécanisme de coordination pour la mobilisation sont identifiés.

1. L'école de médecine de Fiji (FSM) servira de secrétariat de coordination, elle sera l'agent primaire pour l'implémentation et la coordination.
2. Le groupe de coordination se composera des partenaires de collaboration. Il définira le mécanisme par lequel les nations du Pacifique pourront obtenir l'accès nécessaire à l'équipement médical.

Objectif 2: Les membres d'équipe ont été identifiés et recrutés par le groupe de coordination.

1. Le secrétariat sera associé avec les associations professionnelles régionales et nationales pour identifier, recruter et admettre les membres.
2. Le secrétariat compilera une liste des candidats pour les équipes d'urgences du Pacifique.
3. Le niveau de certification et d'accréditation de chaque membre seront déterminées par le conseil

national de certification professionnelle.

Objectif 3: Les membres sont convenablement formés sur la réaction au désastre.

1. Le secrétariat, en association avec les agences collaboratrices, identifiera les compétences principales requises par les membres de l'équipe de déploiement.
2. Basé sur les compétences principales identifiées, une évaluation sera conduite pour déterminer les besoins en formation des membres d'équipe de déploiement.
3. Des matériaux de formation seront identifiés et la formation sera conduite dans trois endroits : Fiji, Palau et la Nouvelle-Calédonie.

Objectif 4: Une équipe rapidement disponible de santé et d'équipement médical est constamment en place

1. Une liste de membres approuvés de l'équipe de déploiement sera maintenue.
2. L'information sur tous les membres sera régulièrement mise à jour. Elle inclura l'information sur leurs qualifications ou spécialisation.

Objectif 5: Le secrétariat est responsable de s'assurer qu'un inventaire de l'équipement et des matériaux régionaux existants est constamment en place

1. Un contenu et une quantité de l'inventaire de l'équipement et des ressources médicales suffisant pour deux semaines de réponse à un désastre, seront identifiés.
2. Un entrepôt adéquat pour l'inventaire sera choisi.
3. La liste d'inventaire sera fournie par le secrétariat à l'équipe de coordination pour l'approvisionnement.
4. Le secrétariat surveillera l'entreposage, la rotation et l'entretien de l'inventaire et entrera en contact avec les agences impliquées dans l'entreposage national et régional pour avoir des rapports initiaux et périodiques des inventaires existants d'équipements médicaux et de l'approvisionnement dans le Pacifique.
5. Une base de données de l'inventaire des capitaux régionaux sera maintenue à jour.

Objectif 6: Un mécanisme est établi pour accéder à l'inventaire régional d'équipement en cas d'urgence.

1. Le secrétariat identifiera et entrera en contact avec les fournisseurs régionaux de ressources et négociera les protocoles d'accord (MOUs) entre les fournisseurs et le groupe de coordination. Les protocoles établiront un mécanisme pour accéder à l'inventaire médical et au personnel.

Objectif 7: Les pays ont incorporé dans leurs plans de réaction aux désastres un mécanisme pour demander le déploiement de l'équipe régionale.

1. Le secrétariat communiquera avec les bureaux nationaux de gestion des désastres et avec les responsables de santé publique des nations du Pacifique pour fournir de l'information concernant le mécanisme pour demander l'accès à l'équipe de santé du Pacifique au sein de leurs exercices et manœuvres nationales.

Agences collaboratrices

Un certain nombre d'agences et d'organismes à divers niveaux gouvernementaux seront impliqués:

- Centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC)
- Le Bureau des Nations Unies pour la Coordination de l'Aide Humanitaire
- Offices nationaux de gestion des désastres (NDMOs)

- Sociétés professionnelles nationales et régionales
- Secrétariat de la Communauté du Pacifique (SPC)
- Fédération Internationale de la Croix Rouge (IFRC)
- South Pacific Applied Commission (SOPAC)
- Gestion d'urgence de l'Australie
- Ministère de la défense civile et de la gestion d'urgences de la Nouvelle Zélande
- France, Australia, New Zealand relief system (FRANZ)

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Le secrétariat produira un rapport semestriel qui sera passé en revue par l'équipe de coordination et sera soumis au donateur (s). À la fin du projet, les agences en collaboration et le(s) donateur(s) se réuniront pour évaluer l'implémentation du projet selon les objectifs énumérés ci-dessus.

Budget sommaire

Le coût total du projet est estimé à 695.000 US$. Les fonds sont nécessaires pour établir un bureau du secrétariat, pour le déplacement aux réunions, les matériaux, l'entreposage, l'entretien et les ressources médicales.

Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel (Salaire / Prestations)			
5. **Chef de projet**: 55 000/an X 3 ans 6. **Formateur**: 45 000/an X 3 ans 7. **Effectif d'Administration du Projet / Soutien**: 15 000/an X 3 ans 8. **Soutien du projet par le comité de coordination nationale**	165 000 135 000 45 000	30 000	375 000
Voyage			
4. **Chef de projet**: 15 000/an X 3 ans 5. **Formateur:** 15 000/an X 3 ans 6. **Voyage dans le pays**	45 000 45 000	5 000	95 000
Coûts Directs d'implémentation			
4. Trois Atelier Sous-régionaux (Pacifique du nord Pacifique du sud & Pays francophones) @ 30 000 chacun 5. Réunions de recommandation et sensibilisation 6. Négociation des protocoles d'accord, étude de la formation et formation	90 000 5 000	10 000	105 000
Equipement			
4. **Équipement d'urgence pour l'équipe de déploiement** 5. **Equipement de formation** 6. **Equipement de bureau $15 000 au total**	40 000 10 000 15 000		65 000
Coûts Opérationnels			
5. **Loyer du local : 12 000/an X 3 ans** 6. **Papeterie $5 000 au total** 7. **frais légaux des protocoles d'accord** 8. **Eau et téléphone: 2 000/an X 3 ans**	36 000 5 000 5 000 6 000		52 000
Sous-total	647 000	45 000	692 000
Imprévus 10%			69 200
Dépenses Totales du Projet			**761 200**

Personnes à Contacter:
Litiana Kuridrani, Fiji School of Medicine, School of Public Health and Primary Care, Suva, Fiji, courriel: l.kuridrani@fsm.ac.fj
Dr. Sitaleki Finau, Fiji School of Medicine, P.O. Box 18002, Suva, Fiji, courriel: s.finau@fsm.ac.fj

RÉSEAU RÉGIONAL DU PACIFIQUE POUR LA FORMATION ET L'APPUI POUR LA GESTION DES RISQUES DE DÉSASTRES

Le problème et la situation actuelle

Les études ont identifié des insuffisances sérieuses dans les services santé de gestion de désastres, les effectifs médicaux, et les équipements médicaux au Pacifique. Le nombre de personnel médical qualifié est insuffisant, avec peu de rôles et de responsabilités convenus ou définis clairement pour la gestion des risques de désastres (DRM). En outre, il y a : (1) peu d'effort déployé pour effectuer des exercices et tester les plans existants, et (2) peu d'informations disponibles sur les ressources [10] requises dans des situations de désastres ou sur la façon d'y accéder.

De façon générale, dans la région, il y a peu soutien à la gestion de (risque de) désastres dans le secteur de la santé. Il y a peu de capacité, pratique, et évaluation de besoins et aucune politique ni programme formel de formation. Il n'y a également aucune équipe régionale pour les désastres en santé et les communications et coordinations entre les agences sont limitées. A cause de la capacité limitée de leurs systèmes de santé, les îles et territoires du Pacifiques (PICTs) sont vulnérables à l'impact de futurs désastres. Dans ce contexte, il est essentiel que les PICTs améliorent leur capacité de gestion de risque.

Objectif global du projet

Le réseau régional pour la formation et l'appui du projet de gestion des risques de désastre (« le réseau ») proposé sur cinq ans couvrira 22 nations du Pacifique. Il développera d'abord les compétences, l'expertise et la capacité de gestion de désastre au niveau national. Deuxièmement, il développera des activités de formation pour les gestionnaires des risques nationaux et locaux. De cette façon le réseau sera mieux préparé pour répondre aux urgences de la santé et à d'autres besoins sanitaires des PICT. Le travail d'équipe régional améliorera la capacité de systèmes nationaux de santé à agir comme il le faut en réponse aux désastres. Ainsi, ce projet induira l'amélioration de la capacité des pays PICT à réduire, préparer, répondre et restaurer en situation de désastres.

[10] Les ressources peuvent être définies comme la main d'oeuvre, l'équipement, les approvisionnements ou tout autre actif nécessaire pour sauver les vies et améliorer la réponse pendant un désastre.

Objectifs, activités et indicateurs

Afin d'améliorer la gestion de désastre en santé au Pacifique, le projet augmentera et améliorera les capacités nationales dans la gestion des risques. Les objectifs et les activités du projet seront les suivants :

Objectif 1 : Une équipe de projet coordonnée est établie.

1. Le concept « Réseau » sera présenté à tous les ministres de santé du Pacifique à la Réunion régionale du comité de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)
2. Une organisation régionale existante qui pourrait fournir un local à l'équipe de coordination sera identifiée
3. La structure et la composition de l'équipe de coordination seront déterminées
4. Les termes de référence du coordonnateur, expert de gestion de désastre et formateur seront définis
5. Des experts seront identifiés
6. *Résultats prévus : Dans les 3 mois après le démarrage du projet*
   1. *une organisation régionale sera choisie pour mener le projet Réseau*
   2. *une équipe de projet composée d'un nombre de membres convenu sera établie*
   3. *Les réunions régulières seront programmées*
   4. *Une liste d'associés et des* termes de référence *auront été rédigés*

Objectif 2 : Un groupe d'experts est établi dans les PICT.

1. L'équipe de coordination du projet aura :
   1) Évalué la capacité d'expertise dans chaque PICT
   2) Défini la méthodologie d'expertise
   3) Signé les termes de référence des experts nationaux

2. *Résultats prévus: Dans les 6 mois après le démarrage du projet, un groupe d'experts aura été identifié et établi. Cela aura comme conséquence l'identification de l'expertise du pays (dont leurs termes de référence et la méthodologie à utiliser) avec des contreparties claires dans la gestion de risque de désastres.*

Objectif 3 : Evaluation et développement de la capacité de planification (en se basant sur des normes nationales existantes).

1. L'équipe de coordination de projet avec l'appui du groupe d'experts identifié aura :
   1) Effectué l'évaluation nationale/ analyse de la situation
   2) Identifié les besoins
   3) Développé les plans pour répondre aux besoins

2. *Résultats prévus:*
   1) *Dans un délai de 2 ans après le démarrage du projet, l'équipe de coordination de projet aura conduit une évaluation de tous les PICTs participants.*
   2) *Dans un délai de 3 ans, des plans seront développés avec tous les PICTs participants pour traiter les besoins de capacité. Cela donnera l'évaluation des besoins des pays et les plans de développement de capacité pour la gestion de risques de désastres pour le secteur de la santé.*

Objectif 4 : La capacité d'audit et d'évaluation est développée et utilisée dans des exercices d'évaluation afin de mettre à jour et valider le plan.

1. La méthode et les critères d'audit/évaluation seront définis
2. Les outils et les matériaux appropriés pour l'audit/ évaluation seront développés
3. Les activités d'audit et d'évaluation seront planifiées
4. Les exercices seront effectués pour tester le plan. Un rapport et une analyse de l'exercice seront produits.
5. Le plan final sera mis à jour selon les résultats de l'exercice d'évaluation
6. *Résultats prévus :*
   1) *Vers la fin de la troisième année du projet un nombre d'audit/évaluation aura été développé et utilisé dans les PICT participants.*
   2) *Pendant la quatrième année du projet, les exercices seront effectués pour évaluer les capacités des PICT et le plan sera mis à jour.*

Objectif 5 : Un programme de formation adapté est défini et mis en application dans les PICT (voir document de concept « Formation en gestion des risques de désastres de la santé dans le Pacifique »).

1. L'équipe de coordination du projet en consultation avec le groupe d'experts aura à :
   1) Effectuer l'analyse du besoin de formation
   2) Développer le programme d'études et les supports de formation et choisir les modes d'enseignement approprié à la zone, à la capacité, à la technologie disponible, à la culture et à la langue
   3) Identifier les partenaires de formation et les formateurs
   4) Identifier les stagiaires (y compris les futurs formateurs)
   5) Effectuer les activités de formation (y compris la formation des formateurs) pour les participants.
2. *Résultats prévus : Vers la fin du projet, une évaluation et un audit de capacité de la région auront été effectués et la formation aura été fournie pour tous les pays et territoires participants.*

Agences collaboratrices

Ce projet implique différents associés, tels que les agences internationales, les institutions gouvernementales et les ONG.

- Ministères et départements de santé des PICT : contrepartie technique et cibles pour l'interprétation de projet et la surveillance du projet par le corps de coordination.
- Centres pour le contrôle et prévention des maladies/initiative de santé de secours au Pacifique (CDC/PEHI) : appui technique et d'expertise
- Secrétariat de la Communauté du Pacifique (SPC) : Accueillir le groupe. Utilization du réseau existant
- L'Organisation mondiale de la santé (OMS) : Appui technique et expertise ; Utilisation du réseau existant
- Commission de géoscience appliquée du Pacifique du Sud (SOPAC) : Appui technique et expertise
- École de médecine de Fiji : Fournir les experts pour la formation
- Centre de Palau pour la santé de secours du Pacifique : Fournir les experts pour la formation
- Croix Rouge : Appui de formation
- Universités de Polynésie française et de la Nouvelle-Calédonie : Fournir les experts en formation.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Depuis le démarrage du projet et durant toute sa vie, le corps de coordination évaluera les étapes du projet et fournira un rapport annuel au ministère de la santé de chaque pays. L'évaluation fera le point sur :

1. Le nombre et le niveau de la qualification des experts formés dans chaque pays
2. Le nombre de pays ayant un plan approuvé et validé pour la gestion des risques de désastres dans le secteur de santé
3. Le rapport de test /exercices régulier faits dans la région. Les résultats permettront aux pays d'utiliser les recommandations du rapport annuel afin d'améliorer leur gestion des risques de la santé.

Budget sommaire

Le budget total du projet pour une durée de cinq ans est **5 087 500 $ US**. Les actifs (équipement) seront achetés la première année du projet seulement.

Catégorie	Dépenses de projet	Année 2 et suivantes	Total 3-5 ans
1. Personnel: - Projet: 1 coordinateur, 1 expert de gestion de désastre, 1 formateur et 1 assistant de projet - Membres de corps enseignant	335 000 240 000	335 000 240 000	1 005 000 720 000
2. Voyage (y compris par jour) - personnel projet - consultants en formation - autres experts	 80 000 30 000 120 000	 80 000 30 000 120 000	 240 000 90 000 360 000
Activités de formation dans le pays	50 000	50 000	150 000
Communication	30 000	30 000	90 000
Frais administratifs - bureau - ressources	 15 000 15 000	 15 000 15 000	 45 000 45 000
Equipement (PC, portable, téléphone mobile et satellitaire, projecteur vidéo)	50 000		
Dépenses totales du projet (année 1)	**965 000**	**915 000**	**4 625 000**
Imprévus 10%			462 500
		Total	**5 087 500**

Personnes à contacter:
Noa Tokavou, Ecole de medecine de Fiji, Private Mail Bag, Suva, Fiji, e-mail: n.tokavou@fsm.ac.fj
Dominique Marghem, Bureau du Directeur de santé, BP 611, 98713 Papeete, Polynésie française, e-mail: Dominique.marghem@sante.gov.pf
Pia Faatomo, Ministre de santé de la Polynésie française, BP2551-98713 Papeete, Polynésie française, e-mail: pia.faatomo@sante.min.gov.pf
Jean-Paul Grangeon, Direction des affaires sanitaires et sociales, DASS, Nouvelle-Calédonie, e-mail: jean-paul.grangeon@gouv.nc

PLANIFICATION DES OPÉRATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE D'URGENCE DANS LE PACIFIQUE

Le problème et la situation actuelle

La gestion des désastres naturels et des urgences de santé publique exige une évaluation complète et avancée de risques et une planification nationale et régionale bien coordonnée. Cependant, les évaluations globales de risques des îles du Pacifiques sont à de divers degrés d'accomplissement et leurs plans d'opérations nationaux d'urgence en santé sont à de différentes étapes de développement. De plus, il y a peu d'évaluation régionale de risques ou d'urgence en matière de santé.

Les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC) ont développé un outil pour créer des plans d'opérations pour les urgences en santé (EOP). Cet "outil de planification automatisé pour tout type de désastres" (ADEPT) a déjà été testé avec succès dans six plans de santé publique et dix d'hôpitaux du Pacifique. ADEPT intègre une planification par objectifs avec les normes du projet SPHERE et le système de NIMS (un system national pour la gestion des désastres).

Objectif global du projet

Le projet couvre 16 pays du Pacifique. L'objectif global du projet de cinq ans est de favoriser l'utilisation d'un outil de planification automatisé" (ADEPT) pour créer un plan d'opération pour tous types de désastres. Cet outil peut également être utilisé pour évaluer la réponse aux désastres dans tout le Pacifique. Ce projet contribuera à atteindre les buts du nouveau millenium des nations du Pacifique en développant des associations globales pour la planification d'opérations de secours et de réponse aux désastres. Ces associations contribueront à la viabilité environnementale, favoriseront l'égalité des sexes et aideront à prévenir les épidémies (SARS, grippe pandémique, etc...) et réduiront les taux de mortalité dans le Pacifique.

Le projet quinquennal sera implémenté en quatre phases. Il y aura un atelier de lancement pour débuter le processus et une réunion régionale à sa fin. L'ordre dans lequel sera accompli le travail sur chaque île sera établi lors de l'atelier de lancement. L'ordre sera basé sur l'information géographique et sur l'évaluation des risques. A la fin de la première année, les plans de quatre nations seront achevés et ainsi de suite pour les trois années suivantes. La cinquième et dernière année sera consacrée à la tenue d'une réunion régionale pour parler des leçons apprises et pour réaliser un plan régional qui lie la totalité des plans d'urgence nationaux.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Plan et les outils d'évaluation du risque sont développés dans les seize pays du Pacifique

1. Un atelier de lancement sera présenté pour chacune des 16 nations des îles participantes pour (1) réaliser un plan et des outils d'évaluation de risque pour la région, (2) déterminer l'ordre dans lequel les plans seront développés[11]
2. Un EOP régional liera tout les plans nationaux
3. *Résultats attendus*
   1) *Un atelier de lancement sera tenu 3 mois après le début du projet.*
   2) *les formats des plans et des outils d'évaluation du risque seront déterminés à l'atelier de lancement*

Objectif 2: Les phases de planification et d'évaluation du risque sont lancées

1. *Quatre plans seront accomplis lors de la première année*
2. *Quatre plans seront accomplis lors de la deuxième année et les EOPs de la première année seront testés*
3. *Quatre plans seront accomplis lors de la 3ème année et les EOPs de la 2ème année seront testés*
4. *Quatre plans seront accomplis lors de la 4ème année et les EOPs de la 3ème année seront testés*

Objectif 3: Un atelier régional de clôture sera tenu lors de la cinquième année avec les résultats suivants:

1. finaliser un format régional standard de plan et un outil d'évaluation du risque,
2. parler des leçons apprises au cours des quatre phases de ce projet,
3. discuter et émettre les recommandations concernant d'autres besoins régionaux de planification.

Agences collaboratrices

1. Centres pour le contrôle des maladies /PEHI: agiront en tant qu'entité de coordination et fourniront l'assistance technique et la formation
2. Gouvernements nationaux: fourniront du soutien, l'autorisation et les règlements pour la participation active de tous les organismes gouvernementaux et ministères essentiels à l'accomplissement du projet.
3. Secrétariat de la communauté du Pacifique (SPC): fournira l'assistance technique
4. Ministères de santé nationaux: fournira le soutien politique, la main-d'œuvre et l'assistance en logistique
5. Organismes nationaux de gestion des urgences (NEMO): fournira le soutien des règlements, la logistique, la planification et la coordination globale
6. Organisation locale de la communauté: sera identifié par le gouvernement local et national pour contribuer au processus de planification.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Un comité choisi sur la base des donateurs principaux, experts en matière d'aménagement du territoire, personnel d'assistance technique, membres des pays pilotes des îles du Pacifique et des pays recevant l'assistance technique seront responsables de rendre compte de l'état d'avancement sur une base semestrielle.

[11] L'ordre sera basé sur les discussions du groupe à propos de la vulnérabilité et de la capacité de chaque pays à lancer immédiatement la planification

Budget sommaire

Année 1 Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire /Prestations - 10 semaines X 2 TA X $3 200	64 000		
Voyage – Atelier de lancement (25 délégués X $2 000) **Frais de voyage - 4 projets de réalisation d'EOP** (1 semaine/atelier X $5 000 X 4 semaines X 2 TA effectif)	50 000 40 000		
Coûts Directs d'implémentation **Atelier de lancement** ❖ Salle de conférence ❖ Transport ❖ Impression **Réalisation de l'EOP** ❖ Salle de conférence (1 semaine X 4) ❖ Transport local (1 semaine X 4) ❖ Impression	1 500 6 000 2 000	10 000 2 000 2 000	
Equipement	1 000		
Coûts Opérationnels **Atelier de lancement -** Hôtels ($150 X 25 X 7 jours)	26 250		
Sous Total des dépenses du projet	190 750	14 000	204 750
10 % imprévus			20 475
Total des dépenses de l'année 1			**225 225**

Année 2 Catégorie	Dépenses du projet	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire /Prestations - 6 sem.X 2 TA X $3 200	38 400	5 000	
Voyage – 4 EOPs ($5 000 X 4 semaines X 2 TA effectif)	40 000		
Coûts Directs d'implémentation **Atelier de lancement (**Salle de conférence (1 semaine X 4, Transport local (1 semaine X 4), Impression)	6 000 2 000	2 000	
Equipement	1 000		
Sous Total des dépenses du projet	87 400	7 000	94 400
10 % imprévus			9 440
Total des dépenses de l'année 2			**103 840**

Année 3 Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire /Prestations - 6 semaines X 2 TA X $3 200	38 400	5 000	
Voyage – 4 EOPs ($5 000 X 4 semaines X 2 TA effectif)	40 000		
Coûts Directs d'implémentation **Atelier de lancement** ❖ Salle de conférence (1 semaine X 4) ❖ Transport local (1 semaine X 4) ❖ Impression	6 000 2 000	2 000	
Equipement	1 000		
Sous Total des dépenses du projet	87 400	7 000	94 400
10 % imprévus			9 440
Total des dépenses de l'année 3			**103 840**

Année 4 Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire /Prestations - 6 semaines X 2 TA X $3 200	38 400	5 000	
Voyage – 4 EOPs ($5 000 X 4 semaines X 2 TA effectif)	40 000		
Coûts Directs d'implémentation **Atelier de lancement** ❖ Salle de conférence (1 semaine X 4) ❖ Transport local (1 semaine X 4) ❖ Impression	6 000 2 000	2 000	
Equipement	1 000		
Sous Total des dépenses du projet	87 400	7 000.00	94 400
10 % imprévus			9 440
Total des dépenses de l'année 4			**103 840**

Année 5 Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire /Prestations - 3 effectifs X 2 semaines	34 500		
Voyage – 25 délégués X $2 000	50 000		
Coûts Directs d'implémentation **Atelier de lancement** ❖ Salle de conférence ❖ Transport local ❖ Impression	1 500	10 000 2 000	
Equipement	1 000		
Coûts Opérationnels ❖ Hôtels ($150 X 25 X 7 jours) ❖ Animateur	26 250 10 000		
Sous Total des dépenses du projet	123 250	12 000.00	135 250
10 % imprévus			13 525
Total des dépenses de l'année 5			**148 775**

Budget Total des Années de 1 – 5 (U$$)

Année	Dépenses du projet	Contribution en nature	10% Imprévus	Budget Total
Année 1	190 750	14 000	20 475	225 225
Année 2	87 400	7 000	9 440	103 840
Année 3	87 400	7 000	9 440	103 840
Année 4	87 400	7 000	9 440	103 840
Année 5	123 250	12 000	13 525	148 775
total Projet				**685 520**

Personne à contacter: Paul Giannone, CDC/PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, courriel: pgiannone@cdc.gov

COMMUNICATION DE RISQUES DE SANTÉ DU PACIFIQUE ET GESTION DE L'INFORMATION EN TEMPS DE DÉSASTRES

Le problème et la situation actuelle

Un ensemble complexe de qualifications et d'abilités sont requises pour transmettre efficacement les messages d'urgence pendant un désastre. Ce processus de "communication du risque et gestion de l'information des désastres" présente des risques et des avantages pour les groupes impliqués et le public. De tels communiqués représentent l'avis d'experts. Ils sont donnés pour bénéficier aux récepteurs et pour les aider à récupérer d'un événement catastrophique. Le rôle du communicateur de "risque" est d'expliquer, persuader et d'autonomiser la prise de décision. Les messages de "communication du risque" sont conçus pour supprimer les rumeurs, apaiser les craintes, réduire la panique et augmenter la connaissance du public. Ils abordent également des questions de gestion de média. Les messages sont construits en utilisant des leçons apprises lors des réactions aux urgences médicales telles que le SARS et les épidémies HPA1. Les messages de communication du risque et de gestion de l'information visent les responsables gouvernementaux en santé publique, les responsables du secteur privé, les rédacteurs de lois et les media.

La "Communication du risque" focalise sur: (1) la valeur des média dans les crises et le public comme récepteur d'information; (2) les techniques pour répondre et coopérer avec les média pour donner l'information et fournir des messages avant, pendant et après une crise; et (3) les outils pour communiquer avec les média et le public. La "Gestion de l'information" se concentre sur le flux d'information et s'assurer que l'information échangée dans le secteur de santé publique entre les média, les organismes gouvernementaux et le public est claire et exacte.

En 2005, la connaissance et l'application de la planification et de l'implémentation de la communication du risque des systèmes de gestion de l'information de désastre par le personnel de santé (responsables de désastre à la santé publique et le personnel identifié) dans l'ensemble des 22 des îles et territoires du Pacifique était non existante.

Objectif global du projet

Le but de ce projet de cinq ans est d'autonomiser les gestionnaires de désastre des 22 pays et territoires des îles du Pacifique (PICTs) pour améliorer la gestion de la communication du risque et la gestion de l'information de désastres. Ce but sera réalisé en: 1) distribuant des programmes d'études et des outils pour aider les responsables de santé publique ainsi que les professionnels de communication de la santé publique à préparer efficacement et répondre aux urgences publiques; 2) présentant aux responsables de santé publique un programme d'études sur la communication en temps de crises ainsi que les outils développés par les centres de contrôle et

prévention des maladies (CDC), l'organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres agences; et 3) formant les communicateurs pour former d'autres professionnels sur la façon de planifier systématiquement, développer, mettre en application et évaluer les activités de communication en situations d'urgence.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Accroître la connaissance de la planification de la communication de risque chez le personnel de la santé (gestionnaire des désastres de santé publique et le personnel identifié) dans 22 territoires et pays des îles du Pacifique(PICT).

Dans un délai d'un an à partir du lancement du projet, un minimum de 50% du personnel de santé publique identifié aura été formé et sera compétent dans la diffusion d'information au public et aux média.

1. Un programme d'études de deux jours de formation sera donné au personnel principal identifié de communications de risque et une journée sera donnée au personnel de la santé en général. Les deux sessions d'information utiliseront les un programme de communication du risque (CERC) du CDC comme guide.
2. MOH identifiera le personnel principal pour la formation en communication du risque et l'implémentation des lois.
3. Une formation de deux jours sera donnée pour les officiers d'information de la santé publique (PH PIO), les porte-parole identifiés, et d'autres participants internes et externes.
4. Une formation d'une journée sur la sensibilisation à la communication sur le risque sera donnée par CDC& OMS à la totalité du personnel de santé publique des 22 PICTs.
5. *Résultats attendus*: Des *pré-tests et post-tests seront administrés par CDC & OMS pour toutes les formations sur la communications du risque afin d'assurer la rétention des points clé..*

Objectif 2: Un plan de communication sur le risque sera réalisé et intégré au système de gestion de l'information.

1. Les Ministères de Santé (MOH) encourageront la collaboration entre les média et les chefs des communautés pour soutenir la réalisation des plans et lois. Des réunions seront tenues avec les média et les chefs de la communauté pour inclure leurs données au sein de la planification de la communication du risque et au développement d'un système de gestion de l'information des désastres. La liste des contacts des media et des chefs de la communauté sera produite.
2. Une analyse des communications de risque sera menée par CDC et WHO.
3. Un plan de communications de risque sera réalisé et soumis à MOH pour approbation.
4. Le bureau national de gestion d'urgence (NEMOs) et les ministres de la santé incorporeront la communication du risque et la gestion de l'information dans la stratégie à long terme de santé publique des 22 PICTs.
5. Les ministères de la santé travailleront avec les media pour développer un manuel "Media" avec des documents en santé publique pour des urgences spécifiques ou des désastres saisonniers.
6. Un atelier sur le développement et l'évaluation des plans de

communication sera offert par les ministères de la santé. Ils encourageront les média locaux à adopter et employer les exemples du manuel de communication.

7. Les ministères de la santé enregistreront les communications produites dans les média et conduira une analyse qualitative de ces communications.
8. Dans un délai de 3 ans, un plan de communication du risque sera intégré au système de données d'urgence de l'information pour la santé (HIMS). NEMO intégrera le plan au système d'information.
9. *Résultats attendus: Pour les 22 nations:*
   1) *Une liste du personnel de santé publique formé sera produite au terme de 1ère année*
   2) *Un plan de communication de risque sera produit au terme de la 2ème année*
   3) *La liste de contacts des média et des chefs de la communauté sera établie au terme de la 2ème année*
   4) *Un manuel "Media" sera produit au terme de la 2ème année*
   5) *Les données d'urgence seront intégrées au HIMS au terme de la 3ème année*

Agences collaboratrices

Le projet global sera géré par CDC/PEHI avec l'appui de l'OMS, l'association des officiers de la sante des îles du Pacifique (PIHOA) et le secrétariat de la communauté du Pacifique (SPC).

1. CDC/PEHI: fournira l'appui technique sur le développement et la formation du programme d'étude
2. OMS: fournira les ressources pour l'appui technique et la communication de risque
3. Ministères de santé nationaux: fournira l'appui en fonds et les informations sur les règles d'implémentation
4. Porte-parole identifiés de santé publique et PIOs: recevront une formation en communication du risque et en diffusion de l'information
5. Organismes Nationaux de gestion d'urgence: incorporeront les plans et les systèmes au plan d'opérations de secours national.
6. Professionnels de santé publique: recevront une formation en communication du risque et en diffusion de l'information
7. O.N.G. s: fourniront l'appui pour la diffusion de l'information
8. Groupes de volontaires: fourniront l'appui pour la diffusion de l'information
9. Chefs de communauté: fourniront l'appui pour la diffusion de l'information
10. Sorties des média: fourniront l'appui pour la diffusion de l'information

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Des copies de tous les rapports seront soumises aux agences. L'agence de fil dans cette activité assurera la surveillance suivante et les objectifs d'évaluation se produiront.

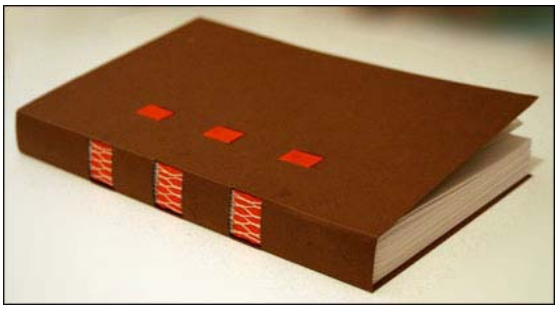
Budget sommaire

Catégorie	Dépenses du projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel Salaire / Prestations - TA – Experts en communication sur le risque - 6 semaines X $1 200[12] X 5 ans - Soutien Admin 6 semaines X $300 X 5 années - Soutien de gestion Senior de PH - 6 semaines x $800 X 5 années	36 000	9 000 24 000	
Voyage	150 000		
Coûts Directs d'implémentation			
Equipement Ordinateur Power Point	10 000 5 000		
Coûts Opérationnels Salle de formation Transport Impression		25 000 15 000 15 000	
Sous-total des dépenses du projet	201 000	88 000	289 000
10 % Imprévus			28 900
Dépenses Totales du Projet			**317 900**

Personne à Contacter: Paul Giannone, CDC/PEHI, 1600 Clifton Road, N.E., MS E-97, Atlanta, GA 30333, courriel: pgiannone@cdc.gov

[12] Salaire de base à 60K

MANUEL SUR LES INTERVENTIONS D'URGENCE EN SANTÉ POUR LA RÉGION



Le problème et la situation actuelle

La sensibilité de la région du Pacifique aux désastres naturels ainsi que ceux causés par l'homme est bien documentée. La distance géographique qui sépare les îles du Pacifique du reste du monde est connue et représente un facteur important qui rend difficile une réaction rapide aux désastres. Dans de nombreux cas, les premiers secours à arriver aux zones touchées par le désastre sont les interventions d'urgence provenant des autres nations d'îles voisines. Les insulaires du Pacifique reconnaissent que l'autosuffisance et la coopération régionale sont des facteurs principaux pour sauver des vies lors des opérations d'interventions d'urgence. Malheureusement, actuellement, il n'y a aucune directive ou plan formalisé pour guider la coopération entre les îles. Ce projet vise à combler cette lacune.

Objectif global de projet

Ce projet biennal produira un manuel régional de réponse aux désastres. Il tiendra compte de la culture de chaque île et visera à augmenter les capacités régionales d'intervention et encourager la collaboration entre les 22 pays et territoires des îles du Pacifique. Le manuel sera produit en français et en anglais. Il présentera les principaux risques en santé liés aux catastrophes naturelles et celles causées par l'homme dans le Pacifique. Il fournira un recueil des meilleures pratiques et directives pour les intervenants locaux et de l'étranger, et fournira les outils à employer lors des opérations d'interventions.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Création d'une équipe pour réaliser un inventaire des manuels existants d'intervention d'urgence et pour préparer une ébauche du manuel

1. Deux mois après le lancement du projet, une équipe de cinq membres aura été choisie parmi les agences participantes pour lancer une analyse littéraire des manuels existants d'intervention d'urgence, préparer un plan pour le manuel et produire une ébauche de celui-ci.
2. *Résultats attendus*: l'équipe est formée, la revue de la littérature est effectuée et une première ébauche du manuel est réalisée.

Objectif 2: L'inventaire et l'examen des manuels et des directives existants sur la gestion des urgences de santé.

1. Les sujets suivants seront documentés
   1) outils d'évaluation de santé
   2) ressources régionales et nationales (liste d'experts, liste d'établissements disponibles pour les urgences en santé, fournisseurs/distributeurs)
   3) normes minimum (SPHERE)
   4) directives de gestion de cas
   5) définitions de cas
   6) protocoles
   7) formats des rapports
   8) procédures de gestion de l'information
   9) listes de contacts
   10) directives pour la communication sur le risque (media, secteur de la santé, le public)
   11) protocoles d'intervention (hiérarchie d'autorité)

2. *Résultats attendus: Une revue de la littérature sera produite dans les 3 mois après le lancement du projet.*

Objectif 3: Réalisation et diffusion du manuel

1. Dans les 8 mois après le lancement du projet, une ébauche du manuel sera produite
2. La Commission de Géoscience appliquée du Pacifique du Sud(SOPAC), l'organisation mondiale de la santé (WHO), les centres pour le contrôle et la prévention des maladies (CDC), le secrétariat de la communauté du Pacifique (SPC) et l'université de Médecine de Fiji recevront et réviseront l'ébauche de manuel dans les 12 mois après le lancement du projet.
3. Entre le 12ème et 16ème mois après le lancement du projet, l'équipe de réalisation du manuel modifiera le manuel rédigé pour adresser les recommandations et préparera une version finale du document.
4. Entre le 16ème et 18ème mois, le document sera envoyé à chacune des 22 nations des îles pour validation.
5. La version finale sur papier sera produite entre le 22ème et 24ème mois du projet.
6. Le manuel sera diffusé aux organismes et aux individus énumérés sur la liste de distribution.
7. *Résultats attendus:*
   1) *Projet initial après 8 mois du lancement du projet*
   2) *Projet final du manuel à la fin du projet*
   3) *Rapport final des leçons apprises*
   4) *Liste de distribution*

Agences gouvernementales en collaboration

- Ministères de la santé de chacune des 22 nations des îles: sont éligible pour faire partie du processus de révision et de validation. Les Ministères de la Santé seront invités à proposer des candidats pour l'équipe -de cinq membres- de réalisation du manuel.
- L'Agence Nationale de Gestion des Désastres: fournira l'assistance technique, la documentation de référence pour la révision de la littérature
- Les Organismes Non-Gouvernementaux: seront invitées à fournir les effectifs et probablement les espaces de bureau pour la confection du manuel
- SOPAC, OMC, CDC, et SPC: fourniront l'assistance technique comme requis, les réviseurs pour le premier projet du manuel et les liens pour la revue de la littérature.

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Une fois que l'équipe de cinq membres est choisie, le chef d'équipe pour ce groupe sera responsable de fournir un rapport sur les dates de complétion établies dans la section des activités (par exemple date de l'accomplissement de la révision de la littérature, date d'accomplissement du premier projet du manuel, etc.) aux donateurs et aux experts techniques indiqués.

Budget sommaire

Catégorie	Dépenses du Projet (U$$)	Contribution En nature (U$$)	Budget Total (U$$)
Personnel (Salaire / Prestations)			
Chef d'équipe – coordonnateur	60 000		60 000
Conseiller technique (équipe international)	10 000		10 000
Membres d'équipe (5) – contributeurs @ $10 000	50 000		50 000
Coûts Directs d'implémentation			
Réunion /consultation (22 pays / territoires) @ 30 pour 3 jours	50 000		50 000
Des consultations au sein pays	22 000		22 000
Impression	10 000		10 000
Promotion et diffusion	5 000		5 000
Equipement	5 000		5 000
Coûts Opérationnels	5 000		5 000
Imprévus 10%			21 700
Dépenses Totales de projet			**238 700**

Personnes à contacter:
Dr. Arturo Pesigan, WHO, United Nation Avenue, Manila, Philippines, courriel: pesigana@wpro.who.int

Dr. Sitaleki Finau, Auckland, Nouvelle-Zélande, courriel: s.a.finau@massey.ac.nz

ÉTABLISSEMENT DE LA CAPACITÉ DE RÉTABLISSEMENT DE LA COMMUNAUTÉ EN MATIERE DE SANTÉ POUR LES 22 PAYS ET TERRITOIRES DES ÎLES DU PACIFIQUE APRÈS UN DÉSASTRE

Le problème et la situation actuelle

C'est lors de la phase *de rétablissement* suite à un désastre que les communautés craignent *souvent* le pire et qu'elles sont le plus vulnérables aux principaux problèmes de prévention et de santé publique. Actuellement, il n'y a aucun comité de santé organisé au niveau communautaire dans les 22 états et territoires des îles du Pacifique pour supporter la réponse durant cette phase de désastre.

Objectif global du projet

L'objectif global de ce projet biennal est d'autonomiser les communautés locales en produisant des formateurs nationaux de rétablissement après un désastre et en établissant des comités locaux de planification de rétablissement après un désastre. Les comités de planification de rétablissement géreront les principaux problèmes de santé publique pendant la phase de rétablissement dans les 22 nations des îles.

Objectifs, activités et indicateurs

Objectif 1: Établir des comités régionaux de planification du rétablissement pour surveiller l'avancement, la conception, la planification, et l'exécution du projet

1. Les comités seront formés et une première réunion de planification sera tenue.
2. Un consultant ou un consortium avec une expérience sur l'état de préparation et la réponse aux désastres sera identifié et engagé pour diriger ce projet.
3. Les documents pour deux ateliers régionaux de formateurs nationaux de rétablissement seront conduits en anglais et en français par le consultant.

Objectif 2: Diriger deux ateliers régionaux pour les formateurs nationaux de rétablissement

1. Les dates pour les ateliers régionaux seront fixées par le conseiller et les comités régionaux
2. Les comités régionaux choisiront les formateurs qui s'occuperont des ateliers régionaux
3. Le consultant informera les participants et prendra les dispositions nécessaires pour le voyage

4. Le nombre des futurs ateliers locaux sera déterminé par le consultant et les participants.

Objectif 3: Les formateurs nationaux de rétablissement enseigneront le programme de rétablissement à la population du pays

1. Chaque formateur offrira les ateliers nationaux et locaux sur la planification du rétablissement dans son propre pays
2. Les formateurs établiront un Comité local de planification du rétablissement dans leur propre nation
3. Les formateurs, avec l'aide de leur comite régional, développeront un plan pour le rétablissement aux désastres dans leurs communautés.
4. Le consultant écrira un rapport final énonçant le nombre de personnes formées, et l'état des plans locaux.

Agences collaboratrices

Les Centres du Contrôle et de la Prévention des Maladies (CDC) via l'initiative de santé d'urgence du Pacifique (PEHI); l'organisation mondiale de la santé /WPRO (action humanitaire d'urgence); et SPC (avec toutes les îles du Pacifique Pays / États / Territoires / Juridictions Ministères et Départements de la santé) collaboreront et fourniront le soutien régional et national pour s'assurer que ce projet est bien accompli en deux ans.

- Ministères de la santé des îles du Pacifique États / Territoires / Juridictions: décisions politiques et règlementaires, logistique et main-d'œuvre
- Agence Régional du Pacifique Occidental / OMS: soutien technique et ressources
- CDC/PEHI: soutien technique et ressources
- Secrétariat de la Communauté du Pacifique: soutien technique et ressources
- SOPAC: soutien technique et ressources
- Secrétariat du forum
- Agence des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (UNOCHA): soutien technique et ressources
- Universités de la Nouvelle-Calédonie, Polynésie française, Wallis et Futuna: logistique et main-d'œuvre
- Institut de la santé publique et des premiers soins / Université de Médicine de Fiji: logistique et main-d'œuvre

Méthodologie de surveillance et d'évaluation

Le Consultant/Consortium devra fournir des rapports de progrès mensuels et des rapports sur tous les ateliers tenus. Le Consultant/Consortium rendra compte des dates d'accomplissement suivantes:

1. 3ème mois : Réalisation de la formation du programme d'études des formateurs et du plan d'action.
2. 8ème mois : L'accomplissement de l'atelier régional de formation des formateurs et une analyse de la façon dont les ateliers locaux/nationaux seront gérés.
3. Entre le 8ème et 20ème mois : Le consultant/consortium fournira des rapports mensuels sur le nombre d'ateliers locaux/nationaux tenus, sur le personnel formé et le Comité de rétablissement de la santé de la Communauté.
4. Le consultant/consortium produira un rapport final à la fin du projet indiquant le nombre d'ateliers locaux/nationaux tenus, le nombre de comités locaux et de formateurs nationaux formés. Les recommandations seront faites sur les mécanismes de durabilité de ce réseau, soit par une organisation existante ou via une agence régionale.

Budget Sommaire

Catégorie	Dépenses du Projet (U$$)	Contribution en nature (U$$)	Budget Total (U$$)
1. Consultant à temps-plein			
1.1 Salaire & Prestations	200 000		200 000
1.2 Frais de déplacements	120 000		120 000
1.3 Frais de l'agence	150 000		150 000
2. Ateliers			
2.1 Ateliers régionaux *- Salaires du personnel*	470 000	350 000	820 000
2.2 Ateliers nationaux *- Salaires du personnel*	360 750	150 000	510 750
2.3 Ateliers Nationaux *- Frais des locaux de tenue des réunions* *- Salaires du personnel*	233 500	100 000 50 000	383 500
2.4 Ateliers locaux *- contribution de la communauté*	117 250	20 000	137 250
Sous-Total	1 651 500	670 000	2 321 500
Imprévus 10%			232 150
Dépenses Totales du projet			**2 553 650**

Personnes à contacter:

Mafa Alaloto, Ministre de la santé de Tuvalu, courriel privée, Funafuti, Tuvalu, courriel: mafaalaloto@yahoo.com

Dr. Judson Leafasia, MHMS, P.O. Box 349, Honiara, Îles Salomon, courriel: jleafasia@solomon.com.sb

6 14 '04