

Université catholique de Louvain
Faculté des Sciences économiques, sociales et politiques
Département des Sciences politiques et sociales



HUMA 3880
Santé dans les opérations de secours
Diplôme d'Etudes Spécialisées en Aide Humanitaire Internationale
Ph. Meert

**ELEMENTS -CLES POUR UNE
STRUCTURE MEDICALE IDEALE
EN SITUATION D'URGENCE**

**RESUME ETABLI SUR BASE DES
NOTES PRISES PAR LES ETUDIANTS**

I - INTRODUCTION

Dans le contexte de situations d'urgence, l'expérience passée a démontrée qu'un déploiement rapide et efficace des secours pouvait permettre de sauver des vies, qui autrement, n'auraient pas été sauvées. Pour arriver à un tel résultat, une complémentarité entre les structures locales de soins préexistantes et les apports de l'aide internationale est indispensable.

Cependant, il y a lieu d'insister sur l'importance des structures locales qui constituent la base sur laquelle va reposer toute l'opération de secours. C'est pourquoi nous allons introduire dans un premier temps la structure idéale des soins de santé primaire, définie en 1978 à Alma Alta par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui devrait exister dans tout pays avant le surgissement d'une crise. Le degré de l'apport international dépendra du niveau de perfectionnement de cette structure de base. Il y a lieu également de distinguer dans les situations d'urgence deux cas de figure fondamentalement différents. Il s'agit des situations de guerre d'une part, et des catastrophes naturelles d'autre part. En effet, le contexte n'étant pas similaire, le type de réponses sera également relativement différent.

Dans un deuxième temps, nous présenterons la structure idéale des opérations des soins de santé en situation d'urgence. Nous décrirons dans cette section les différentes phases de ce processus organisationnel, qui nécessite une évaluation initiale, une prise de décision, un plan d'action, une application du programme établi, une surveillance continue, un suivi et une évaluation des résultats. Une description plus détaillée des rapports entre les différents niveaux de la pyramide idéale de soins de santé en situation d'urgence sera également exposée.

Nous traiterons alors de la difficulté de choisir entre les deux possibilités d'action en pareilles situations, à savoir soit renforcer les structures préexistantes, soit en créer de nouvelles. Enfin, nous terminerons par un aperçu des problèmes récurrents qui se posent dans ce type d'opérations (coordination insuffisante, mauvaise planification,...).

II- STRUCTURE DE SOIN DE SANTE PRIMAIRE

La stratégie développée par l'OMS depuis 1978 (déclaration d'Alma Alta) était destinée à promouvoir et à protéger la santé de tous, et avait comme objectif "*la santé pour tous en 2000*".

Par cette déclaration, les gouvernements ont reconnu la nécessité d'avoir une action conjointe entre eux, ainsi qu'entre le personnel des secteurs de santé et de développement, avec la médiation de la communauté locale pour protéger et promouvoir la santé.

Cette déclaration affirme la nécessité d'un système de santé et fait ressortir différents éléments à prendre en compte :

1. atteindre le niveau de santé le plus élevé possible ;
2. les inégalités au niveau de la santé entre les différents pays et à l'intérieur de ceux-ci ;
3. la nécessité de se développer autant du point de vue économique que du point de vue social pour atteindre le niveau de santé le plus élevé possible ;
4. la participation de manière individuelle ou communautaire des bénéficiaires ;
5. les états sont responsables du développement de la santé ;
6. le système de santé se base sur les soins de santé primaire.

Cette déclaration définit les Soins de Santé Primaire comme les soins essentiels destinés à la lutte contre les principales raisons de mortalité et de morbidité. Ces soins doivent être fondés sur des techniques possibles, acceptables pour l'ensemble de la population, accessibles à tous, et ayant un

coût réduit pour la communauté en tenant compte de leur niveau de développement. Un point très important est le fait qu'ils doivent être intégrés au système national de santé car ils représentent le premier niveau de rencontre des individus avec celui-ci.

Dans ce système de Soins de santé primaire, il existe trois acteurs principalement :

1. la communauté dont le principal acteur est l'agent de santé communautaire ;
2. les gouvernements des états, qui sont responsables des budgets destinés aux soins de santé ;
3. la solidarité internationale, importante en tant qu'appui aux systèmes de santé dans les pays du Sud (coopération internationale, bilatérale, ONG).

La mise en pratique d'un bon système de santé, en tenant compte de tous les aspects cités, revêt une importance primordiale du point de vue de l'urgence. En effet, en situation d'urgence, nous nous appuyons sur la structure de santé qui a été mise en place dans le pays où se produit la crise. Les problèmes sanitaires dans une situation d'urgence s'inscrivent dans le domaine de la santé publique. Les excès de mortalité et de morbidité se produisent essentiellement dans la phase d'urgence, au cours des premiers jours et semaines. Parfois, la phase d'urgence peut malheureusement se prolonger pendant plusieurs mois.

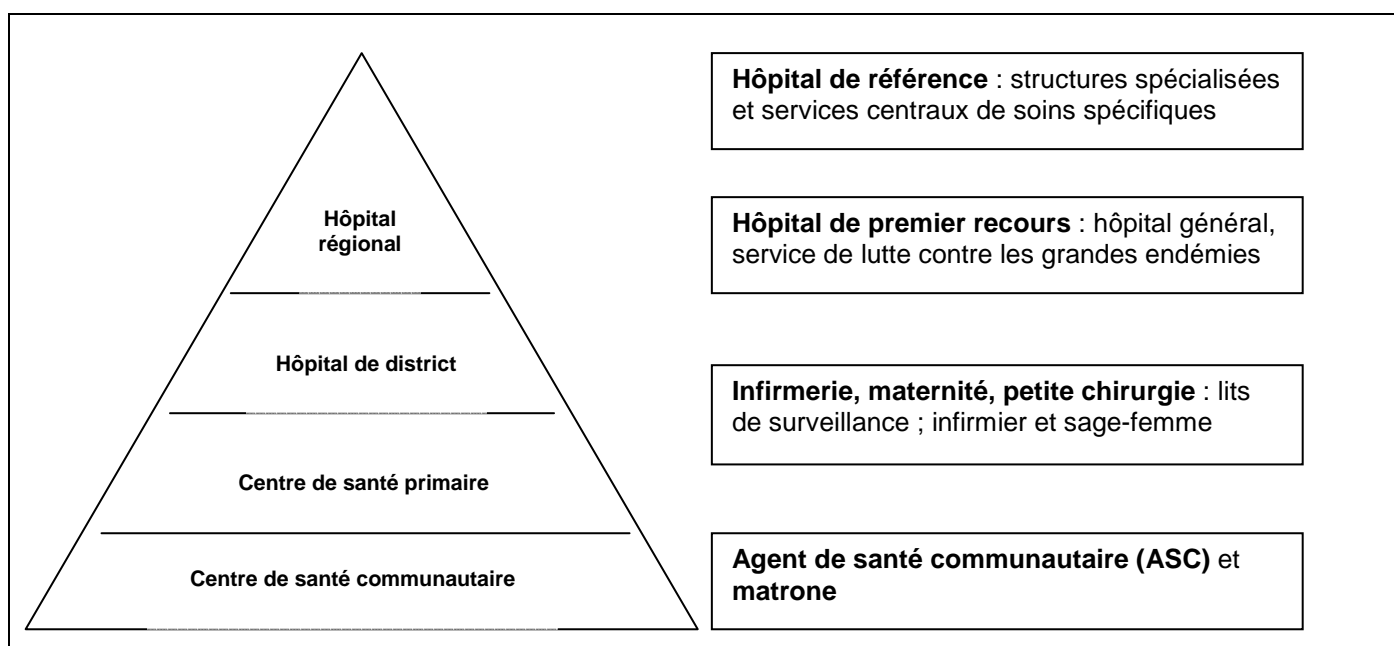
L'évaluation des structures existantes ainsi que du personnel, nous guidera dans la décision de renforcer ces structures ou d'en créer de nouvelles. Le succès d'une intervention humanitaire en urgence dépend cependant du degré de préparation. Il est souhaitable que tous les pays susceptibles d'être touchés par une crise à caractère humanitaire aient des plans d'urgence en relation avec leurs structures de santé.

III- STRUCTURE MEDICALE IDEALE EN SITUATION D'URGENCE

Pyramide de la structure médicale

La notion de pyramide est importante pour la bonne fonctionnalité de la structure médicale. Il faut des règles très précises de fonctionnement (algorithmes) pour chaque niveau de la pyramide.

La pyramide de la santé



Source : LEBAS, Jacques et al., *Médecine Humanitaire*, Flammarion, Médecine-Sciences, Paris, 1994, p. 247.

Différents niveaux de soins de santé

Les soins primaires forment la base de la pyramide de la structure médicale et ils constituent les soins courants qui se font dans les postes de santé, soit par la famille, soit par les thérapeutes traditionnels. Les soins secondaires représentent le niveau intermédiaire et constituent les soins ambulatoires faits dans les dispensaires et autres centres de santé. Enfin tout en haut de cette pyramide se trouvent les soins tertiaires qui représentent les soins effectués à l'hôpital de référence.

Dès que les facilités centrales sont mises en place ou renforcées (voir ci-dessous), certains services devront être décentralisés afin de permettre une amélioration de l'accessibilité aux soins et d'éviter une surcharge des facilités centrales.

La difficulté de définir les besoins et d'établir des priorités

Les besoins ne seront pas définis de la même façon si l'on demande aux victimes, aux autorités locales, aux donateurs ou encore aux agences humanitaires, il est donc important dans l'évaluation des besoins de prendre en compte tous ces acteurs cités et leur point de vue sur les besoins. La connaissance de l'état de la structure médicale initiale et du fonctionnement de ses réseaux est essentielle. Ce qui suit va décrire les démarches et les structures IDEALES dans une situation d'urgence. Parmi les règles générales, il faut une bonne accessibilité des soins de santé au site même de la catastrophe, et un bon triage des personnes dans le besoin, c'est-à-dire donner priorité dans un premier temps aux personnes les plus malades et dans un deuxième temps réguler l'orientation des malades vers les centres de soins adéquats.

Planification des opérations et quantification des besoins

Les priorités en matière de soins de santé sont réalisées sur la base d'une collection d'information et d'une analyse rapide des données récoltées. Celles-ci le sont par le biais d'interviews, d'observations, d'enquêtes échantillonnées,... Ces résultats sont souvent approximatifs et doivent être contrôlés et vérifiés par des méthodologies différentes.

Evaluation initiale des besoins

Cette évaluation permet de décider s'il y a un besoin d'intervention ou non, et si oui d'identifier les priorités à réaliser. Elle permet aussi de planifier l'application de ces priorités. Une équipe indépendante et expérimentée sera chargée idéalement de faire cette évaluation. Les données récoltées devront englober le contexte géopolitique de la situation d'urgence en incluant les conditions de sécurité, une description de la population réfugiée ou des groupes les plus vulnérables, les caractéristiques environnementales avec une carte détaillée de l'endroit en question (une photo aérienne du site pouvant s'avérer intéressante à cet égard), une description des problèmes de santé principaux, les besoins en matériel et en ressources humaines ainsi que les partenaires opérant sur le terrain.

La première évaluation rapide doit se faire dans les trois premiers jours et doit donc utiliser des méthodes de récolte d'information simples et directes afin de permettre des décisions rapides sur le type d'intervention à effectuer et le type de structure médicale à mettre en place. Dans un deuxième temps, une à trois semaines après le début de l'intervention, une collection de données quantitatives et qualitatives doit être réalisée afin de permettre la planification de programmes de santé satisfaisants. Le taux de mortalité est un des meilleurs indicateurs de la sévérité de la situation et est un instrument de base pour évaluer l'efficacité des programmes d'assistance. D'autres indicateurs comme le nombre d'hôpitaux et de lits, le nombre de consultations et le nombre de référents entre les différents niveaux de la structure médicale permettent également d'évaluer l'état de cette structure ainsi que les besoins. Il est important de souligner ici que l'évaluation doit être en idéal un processus continu étant donné que les informations changent de

jours en jours (nouveaux afflux de réfugiés, de blessés en situation de guerre, évolution des maladies, d'éventuelles épidémies,...).

Les priorités en matière de soins de santé primaire à réaliser dans les quinze premiers jours qui suivent une catastrophe sont les suivantes :

- décider du lieu des consultations
- embaucher du personnel local (agents de santé communautaires) et le former (compter de 100 à 200 heures de formation)
- construire des dispensaires à l'intérieur des camps
- planifier l'action dans les camps de manière détaillée
- ouvrir des centres de nutrition dans les camps si les problèmes de malnutrition sont prépondérants (ce qui est souvent le cas en situation d'urgence)
- enfin renforcer l'hôpital de référence (si cela n'est pas possible, créer un hôpital de campagne).

L'importance des agents de santé communautaires n'est pas à négliger. En effet, ce sont eux qui font 50% des diagnostics et des soins courants dans les camps de réfugiés par exemple. Leur formation est courte et ils ont des tâches bien définies. Lorsqu'ils sont bien encadrés, leur activité devient très efficace et essentielle. Ils ont de fait un accès facile à la communauté dont ils font eux-mêmes partis. Leurs fonctions ne doivent pas être très spécialisées. Ils doivent pouvoir intervenir sur des maladies simples, comme des diarrhées, de la fièvre ou des problèmes dermatologiques. Ils peuvent pratiquer des dépistages actifs (se déplacer chez les gens) ou simplement passifs (recevoir la population). Les agents communautaires représentent alors un relais indispensable avec les dispensaires.

Estimation des besoins de santé : malades potentiels dans une population en cas d'urgence

Généralement, le nombre de patients consultants par jour des soins ambulatoires s'évalue à 1% de cette population et 1% de ces patients auront besoin d'une hospitalisation. Le nombre de lits nécessaire s'évalue donc à 0,01% de la population. Ces chiffres sont à doubler voire quadrupler en cas de crise aiguë. Ils varient également selon la prévalence des pathologies, la proximité des structures de soins et la disponibilité de la population.

Besoins en structures de santé

On estime en général qu'un poste de santé par 500 à 3.000 personnes est suffisant. Il faudrait également un dispensaire par 3.000 à 10.000 personnes, un centre de santé par 10.000 à 20.000 personnes et un hôpital de district par 100.000 à 200.000 personnes – ces chiffres sont bien entendu indicatifs. Les variations sont dues au fait qu'il faille tenir compte de l'accessibilité, de l'état de la population et des conditions d'arrivée, de la géographie et des moyens disponibles entre autres choses. Une consultation standard dure environ 7 minutes. Le nombre de patients par jour qui peut être reçu varie selon le degré de professionnalisme du personnel médical, les médecins recevront environ 40 patients par jour, les infirmiers environ 50 patients et les agents de santé communautaires verront environ 30 patients par jour.

Critères pour que les soins de santé primaire soient applicables en situation d'urgence

Idéalement, il faudrait qu'il y ait une grande accessibilité à ces soins ainsi qu'une acceptabilité par la population à laquelle ils sont destinés. Les activités doivent être coordonnées de façon satisfaisante et les soins doivent être durables c'est-à-dire donnés tant qu'ils sont nécessaires. Il faut également trouver un équilibre entre les activités de prévention (éducation, sensibilisation) et les opérations de soins proprement dits. La gestion de ces soins doit impérativement impliquer l'action des autorités locales. Ces soins primaires doivent être intégrés dans le système de santé général

ainsi que dans le développement global. Ce dernier élément est particulièrement important. Nous y reviendrons par après.

Outils essentiels à l'organisation efficace de la structure médicale de soins

Des protocoles de diagnostic, de traitement et de transfert d'un niveau à l'autre de la pyramide sont essentiels. Un listing des besoins en médicaments par niveaux de soins est par conséquent nécessaire. Une bonne coordination, qui inclut de bonnes relations avec les autorités médicales nationales, et un système efficace de collecte de données sont utiles afin de poursuivre une surveillance de la situation médicale et de prévenir le plus tôt possible les éventuels débuts d'épidémies.

Structure de santé : renforcement ou construction ?

De manière générale, il est toujours préférable de faire usage des structures existantes dans le pays touché par l'urgence. Il est néanmoins parfois nécessaire, en cas de crise particulièrement aiguë, de mettre en place de nouvelles structures de soins. L'attitude des autorités et celle de la population locale sont à prendre en compte lors des réflexions et négociations sur la meilleure alternative à choisir. Il faut aussi évaluer l'efficacité et l'impact à court et long termes de ces différents choix. La question du budget et de l'expertise nécessaire (et accessible) sont deux autres éléments pertinents.

Plus précisément, certains critères permettant de choisir entre ces deux alternatives peuvent être suivis afin de prendre une décision adaptée. Il faut avoir des renseignements concernant l'accessibilité de la structure locale disponible. Il faut savoir si cette structure est accessible géographiquement c'est-à-dire l'éloignement existant entre les différents niveaux et centres de santé. De même, l'accessibilité financière est à prendre en compte en pensant au rapport qualité/prix et au rapport rentabilité/efficacité. L'accessibilité sociale est indispensable à connaître, il faut savoir par exemple si la structure locale est destinée à la population entière ou bien s'il elle s'adresse seulement à une partie spécifique de la population (par exemple, le cas d'une minorité ethnique exclue des soins de santé gouvernementaux). La question de la sécurité est bien sûr importante : si la structure locale se trouve dans une zone risquée, il vaut certainement mieux considérer la création d'une nouvelle structure en terrain plus sûr. L'étape suivante sera de voir dans quelle mesure il est possible de remédier aux problèmes éventuels d'accessibilité cités ci-dessus.

La structure locale doit aussi être jugée en matière d'adéquation à une situation d'urgence spécifique rencontrée. La structure locale doit être adéquate sur le plan quantitatif (nombre de lits, de personnel soignant, de médicaments disponibles, état de l'environnement sanitaire, etc.) et le plan qualitatif (les pathologies rencontrées, la qualité des médicaments, la formation du personnel, etc.). Elle doit également pouvoir être opérationnelle après un éventuel renforcement, sinon la création d'une nouvelle structure doit être envisagée. Mais c'est surtout s'il y a une accumulation de ces problèmes que la décision de mettre en place une structure nouvelle doit être envisagée. Il faut négocier avec les autorités locales et surtout ne pas venir avec une idée pré conçue. Il faut au contraire adapter la décision aux besoins spécifiques de chaque urgence. Bien sûr, les critères cités ci-dessus sont un bon guide et servent de support à cette décision.

Enfin, et toujours dans l'idéal, il devrait exister un plan catastrophe qui se développerait dans le pire scénario. Ce plan devrait exister à tous les niveaux de la pyramide de structure médicale, du sommet à la base, de l'hôpital de référence jusqu'aux camps de réfugiés. En outre, il est nécessaire que les services médicaux soient rendus flexibles et puissent s'adapter aux changements résultant

d'une situation donnée. Cela est surtout vrai dans les situations de guerre ou de conflit, qui peuvent évoluer rapidement.

IV – PROBLEMES POUVANT COMPROMETTRE LA STRUCTURE DE SANTE IDEALE

Nous constatons malheureusement une série de problèmes et d'imperfections au niveau des interventions en situations d'urgence. Par exemple, en Arménie en 1988, un tremblement de terre a provoqué la mort d'un grand nombre de personnes, malgré les 56 médecins et 485 sauveteurs présents sur les lieux. Ces derniers n'ont sauvé que 15 personnes, alors que d'autres auraient pu l'être avec une meilleure gestion des opérations de secours. Nous allons dans cette section présenter les quelques faiblesses caractéristiques constatées dans ce type d'opérations.

- Absence de reconnaissance du problème par les autorités locales et/ou la communauté internationale

Il peut arriver parfois à l'occasion d'une émergence d'une crise que la situation soit mal évaluée ou mal jugée par les autorités locales. Jusqu'à preuve du contraire, et en se référant à la Charte des Nations Unies et au principe de souveraineté nationale, le gouvernement local est seul responsable de ses sujets et de son territoire. Ainsi, en cas de crise aiguë, c'est au gouvernement local de faire appel à l'aide étrangère ou d'accepter l'aide proposée le cas échéant. Dans certaines circonstances, il peut refuser l'aide étrangère soit par fierté, soit pour des raisons politiques, soit à cause d'une sous-estimation de la situation. Par exemple, même si ce n'est pas vraiment une situation d'urgence classique (avec mouvements de populations,...), nous nous rappelons l'épisode du sous-marin russe « *Koursk* » qui a sombré il y a bientôt deux ans dans la mer de Barents (nord-ouest de Russie) et du comportement de Vladimir Poutine qui a refusé l'aide internationale durant plusieurs jours. Heureusement, il existe d'autres situations plus heureuses. Le tremblement de terre en Turquie en août 1999 est un bon exemple d'une bonne coopération internationale, puisque les sauveteurs israéliens notamment sont arrivés sur le terrain dans les premières 72 heures.

- Absence d'alerte adéquate

Reconnaître l'existence du problème est une chose, arriver à alerter adéquatement et rapidement les acteurs concernés en est une autre. Ainsi, par exemple, envoyer tous les soignants à l'hôpital alors qu'on avait besoin d'eux sur le lieu même de la catastrophe n'est pas une stratégie intelligente. Malheureusement, dans la précipitation, il peut arriver que dans l'atmosphère d'alerte générale, il y ait nombres de doubles emplois ou même d'incohérences (envoi d'agents communautaires à l'hôpital de référence par exemple).

- Absence d'intégration des secours

Il s'agit d'inclure les opérations de secours dans le cadre général de développement régional. L'incorporation des soignants locaux comme étant une part intégrante du staff médical est un facteur important dans le succès d'une opération d'urgence. Familiarisé avec les soins de santé et connaissant mieux les besoins locaux et le fonctionnement des structures existantes, ces médecins pourront mieux préparer le lendemain de la crise en agissant dans une perspective de long terme. D'ailleurs, l'assistance extérieure ne pourra jamais jouer un rôle de premier plan dans les opérations de secours, les services de santé locaux restant les principaux acteurs. Comme nous l'avons déjà dit précédemment, nous ne pouvons pas apporter l'aide sans prendre en compte les contraintes de l'avenir, une fois que les expatriés retournent chez eux.

- Absence de triage efficace

Il s'agit de distinguer dès le début des opérations les malades en fonctions de leur degré de complexité. Il ne faudrait pas laisser mourir des gens en raison d'une mauvaise évaluation de

départ. Il est important donc d'évaluer les risques vitaux immédiats, et si il y en a, agir en conséquence. L'étape suivante sera celle de la régulation.

- Absence de régulation

La régulation des malades doit se faire dès le début afin de répartir ces derniers entre les différentes structures de soins de santé suivant l'état de leur santé. Une mauvaise répartition des malades, et donc un mauvais triage initial, entraînera des conséquences néfastes sur le reste de l'opération. Ainsi, il est impensable de retrouver dans l'hôpital de référence des malades souffrant de diarrhées hydriques bénignes ou de traumatismes quelconques liés au surgissement de la crise. Aussi, il s'agira par exemple de créer une structure spéciale pour les blessés en cas de guerre, pour ne pas surcharger les hôpitaux, étant donné que l'afflux de blessés est inconstant et imprévisible. Le CICR peut par exemple s'occuper d'une telle opération.

- Absence de communication

Cette étape est naturellement essentielle et ne doit surtout pas être négligée. Une coopération impeccable ainsi qu'une transparence dans toutes les actions de secours doivent être présentes. Plusieurs procédés peuvent être utilisés afin d'y arriver : effectuer un débriefing tous les soirs au sein d'une organisation (deux ou trois fois par semaines pour l'ensemble des acteurs concernés, du moins sur le terrain), multiplier les réunions thématiques (aspects médicaux, aspects logistiques,...) en incluant les intervenants locaux, nommer une agence qui jouerait le rôle de leadership (HCR au Kosovo par exemple),... Certaines associations essayent de s'entendre et d'établir des critères théoriques de coordination pour qu'ils puissent être appliqués sur le terrain le cas échéant (exemple de VOICE). Malheureusement, nous constatons que les crises d'urgence précédentes ont menées à beaucoup d'incohérences et de double emploi. En situation de guerre, cela est d'autant plus difficile à réaliser étant donné le sentiment d'insécurité et l'évolution rapide des événements.

V – CONCLUSIONS

La structure de santé dans les situations d'urgence procède d'un amalgame complexe de facteurs politiques, économiques, techniques et humains. Quelque soit l'ampleur de l'urgence, une évaluation des besoins et des capacités est nécessaire tant au niveau des structures matérielles qu'au niveau des ressources humaines. De la qualité des priorités ainsi faites et de la planification de leur application dépendra l'efficacité des plans d'urgence médicale. L'assistance extérieure, il est bon de le rappeler, ne représente pas le facteur primaire de réussite d'une action humanitaire. Soutenir financièrement et techniquement les structures initiales des soins de santé est sans doute le moyen le plus adéquat d'atteindre une meilleure préparation aux désastres.

Afin de ne pas commettre de graves erreurs, il est important de considérer chaque niveau de la structure médicale car ils sont interdépendants. La négligence d'une certaine étape à un certain niveau de la structure se répercute alors sur le fonctionnement entier de cette structure. Chaque élément de la structure est partie intégrante du processus où chaque partie a une équivalence par rapport aux autres et en est dépendante. C'est pourquoi cette structure se doit d'être flexible, c'est-à-dire capable d'adaptation mais elle doit être avant tout bien construite pour fonctionner efficacement en temps d'urgence.

Un dernier point qui doit être présent à l'esprit de chaque acteur de terrain est de penser à préparer la phase de post-urgence qui précède celles de la reconstruction et du développement. Ainsi, par exemple, il faudrait penser à former le personnel local afin de jeter les bases de la période qui suit l'urgence.