



PRISE EN CHARGE D'UN AFFLUX DE BLESSES

(Blessés de Guerre - Catastrophes Naturelles)

Version 1.0 / Octobre 2007

© Copyright texte et illustrations Médecins Sans Frontières 2007

Toute partie de ce document peut être copiée, reproduite ou adaptée pour répondre aux besoins nationaux, sans l'autorisation du propriétaire du copyright, si la source est mentionnée dans son intégralité : MSF, Prise en Charge d'un Afflux de Blessés – Blessés de Guerre/Catastrophes Naturelles - Octobre 2007. Médecins Sans Frontières, rue Dupré 94, 1090, Bruxelles.

Le propriétaire du copyright apprécierait qu'une copie de tout document contenant des parties de ce texte lui soit envoyée.

Réalisation

Sonia Peyrassol

Avec la participation de

Nathalie Civet
Jean de Cambry
Loris Defilippi
Renzo Fricke
Martial Ledecq
Françoise Saulnier
Slava Siviridov
Catherine Vincent
Robin Vincent Smith

INTRO

Ce mémento, conçu sur le modèle d'un "mode d'emploi", fait partie d'une série centrée sur les activités à mettre en place dans la première phase d'urgence (0 à 3 mois) .

Il a l'avantage d'être court, simple et léger... et ne contient donc pas tous les détails.... que vous trouverez dans les différents guidelines cités dans le mémento.

→ *A noter que, vu l'ampleur du sujet, ce mémento est plus consistant que les autres.... vous devriez toutefois pouvoir le lire dans l'avion entre le moment où vous vous installez et le moment où ils lancent le film !*

Vous avez consulté les guidelines et n'avez toujours pas l'information que vous recherchez ? N'hésitez pas à demander conseil à votre coordinateur terrain et/ou coordinateur médical ou logistique (selon le type d'information).

Le mémento est accompagné de fiches techniques qui vous faciliteront la mise en oeuvre des activités. Ces fiches sont disponibles sur le CD Urgences

Nouveauté 2007 : Sur le CD vous trouverez également une bibliothèque. La plupart des livres et documents cités dans le chapitre « Références » s'y trouvent !

Vos Commentaires

...sont les bienvenus.

Vous ne voyez pas comment utiliser l'une ou l'autre fiche... peut-être parce que la fiche est mal conçue ou les explications insuffisantes... vos commentaires nous aideront à améliorer l'outil.

Vous avez été confrontés à des situations particulières qui vous ont amené à adapter la stratégie, vous avez des trucs et astuces à faire partager ? Contactez-nous pour que nous puissions faire profiter le plus grand nombre possible de personnes de votre expérience

TABLE DES MATIERES

Lors d'un afflux de blessés dépassant les capacités de prise en charge immédiate des structures médicales, une organisation stricte et spécifique doit être mise en place afin de sauver un maximum de vies.

- Objectif général
- Objectifs spécifiques

Quand intervenir ?6

1. Dès que les capacités de prise en charge des structures de santé existantes sont dépassées.
2. Le plus rapidement possible après l'évènement
3. Dès que la sécurité le permet

Où intervenir ?13

1. Là où les blessés se trouvent, c'est-à-dire sur le lieu de l'évènement.
2. Dans une structure médicale en zone sécurisée
3. Dans un hôpital de référence et/ou un village médical

Prise en charge des blessés dans une structure médicale en zone sécurisée

Partie 1 – Objectifs de l'Intervention19

1. Plan catastrophe
2. Triage
3. Premiers soins
4. Chirurgie d'urgence
5. Soins post-opératoires
6. Nutrition
7. Soutien psychologique
8. Physiothérapie
9. Référence vers une structure hospitalière spécialisée pour la chirurgie secondaire et la chirurgie reconstructrice

Partie 2 – Moyens à mettre en oeuvre40

1. Infrastructure
2. Personnel
3. Matériel

Droit humanitaire54

Collecte des données58

Témoignage60

Références61

Liste des fiches techniques sur le CD.....63

Lors d'un afflux de blessés dépassant les capacités de prise en charge immédiate des structures médicales, une organisation stricte et spécifique doit être mise en place afin de sauver un maximum de vies.

Objectif général

Réduire la morbidité et la mortalité en apportant des soins appropriés le plus rapidement possible après l'évènement.

Objectifs spécifiques

Pouvoir accueillir les blessés dans un lieu sûr, où ils peuvent recevoir un traitement chirurgical et des soins infirmiers de qualité dans le cadre d'un système bien organisé et doté de matériel suffisant avec pour objectif de « faire au mieux pour le plus grand nombre ».

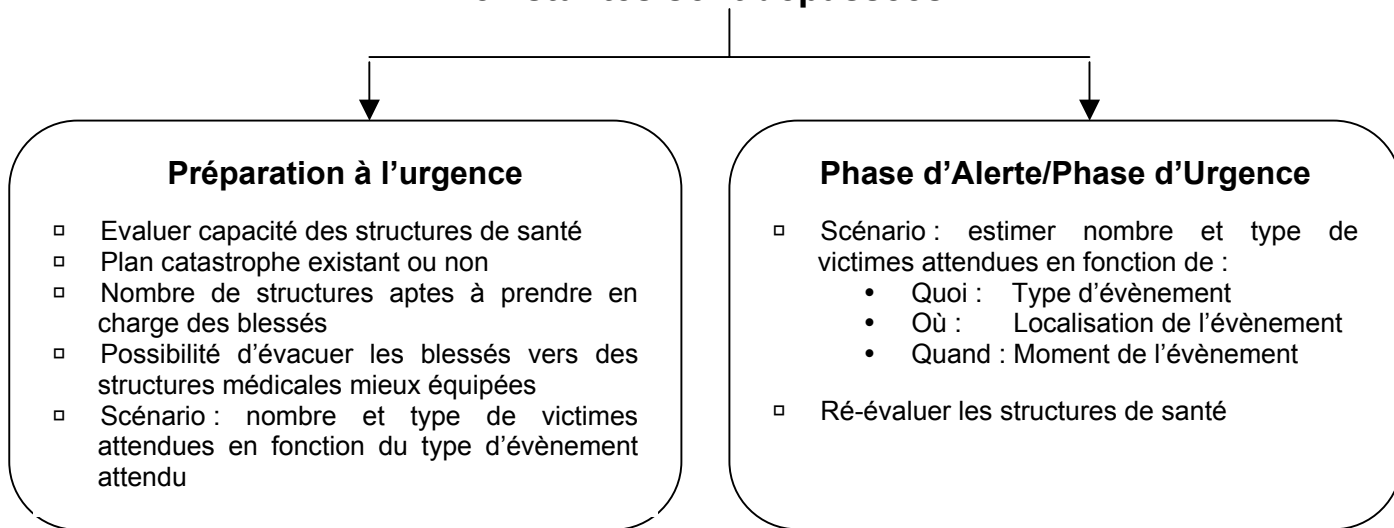
Pour cela il faut nécessairement :

- **Avoir un plan de préparation aux urgences, au niveau de la mission**
 - Quand intervenir : le plus rapidement possible mais en tenant compte de la capacité des structures existantes et de la sécurité
 - Où : à quel niveau de soins, dans quel type de structure
 - Comment : quel mode de collaboration, avec quel personnel, quel matériel,...
 - **Avoir un plan catastrophe, au niveau de la structure médicale**
 - Organisation stricte et spécifique mise en place lors d'un afflux de blessés afin de sauver un maximum de vies
- Il est impensable de faire face adéquatement à un afflux de blessés sans une préparation aux urgences et sans un plan catastrophe.
- **Veiller à se préparer à gérer tous les aspects de la prise en charge des blessés** : il n'y a pas que la chirurgie, il y a tout le pré-op. (*triage et premiers soins inclus dans le plan catastrophe*), et surtout le post-op. comprenant :
 - Les soins post-opératoires
 - La nutrition
 - Le soutien psychologique
 - La physiothérapie
 - La référence vers d'autres structures si nécessaire
- Certains de ces aspects seront particulièrement plus complexes à gérer en situation de conflit ou de catastrophe (*par manque de personnel, manque d'accès aux ressources matérielles,...*), il faut donc y être préparé.

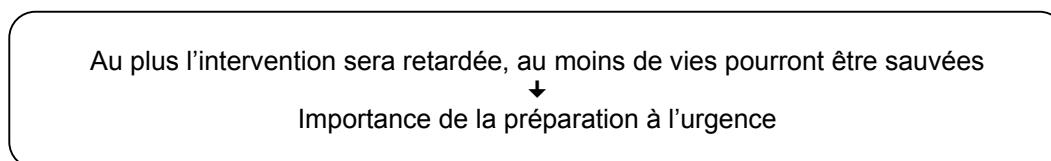
N.B. Dans ce mémento seront surtout abordées les situations où l'afflux de blessés résulte d'un conflit ou d'une catastrophe naturelle. Toutefois, les principes du plan catastrophe peuvent être appliqués à tout afflux de blessés tel qu'un accident de la circulation par exemple (accident impliquant 2 taxi-brousse = +/- 50 blessés).

QUAND INTERVENIR ?

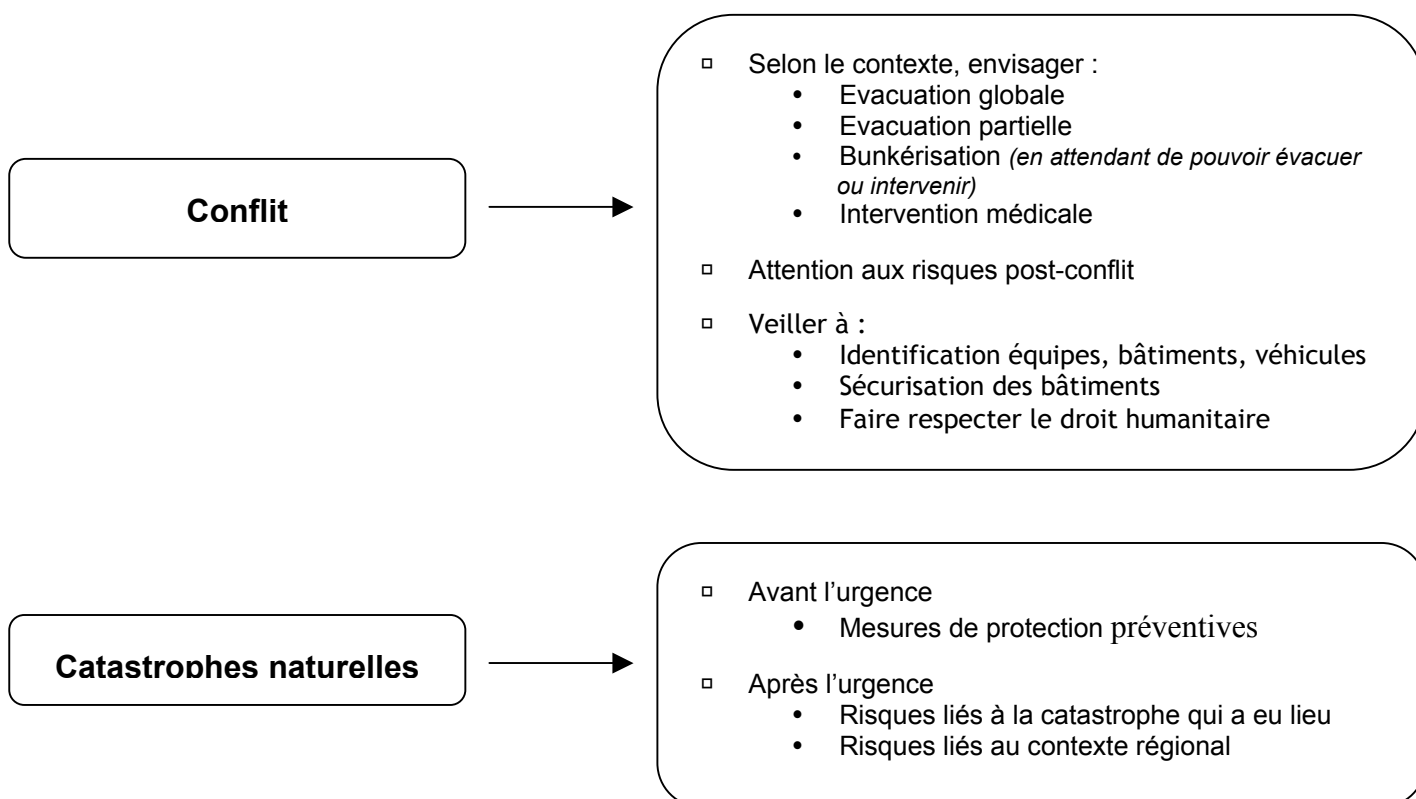
1. Dès que les capacités de prise en charge des structures de santé existantes sont dépassées



2. Le plus rapidement possible après l'évènement



3. Dès que la sécurité le permet



1. Dès que les capacités de prise en charge des structures de santé existantes sont dépassées.

Préparation à l'urgence

1.1. Evaluer les structures existantes dans chaque région à risque

Capacité des structures de santé : Nombre de personnel et plus particulièrement personnel spécialisé (*chirurgiens, anesthésistes,...*), infrastructure (*salles d'opération, nombre de lits, ...eau, électricité,...*), matériel médical et approvisionnement en consommables,...

→ *Fiche n°1 « Evaluation d'une structure de santé »*

Plan catastrophe existant ou non : Toute structure de santé, partout dans le monde, doit avoir un « plan catastrophe » pour pouvoir faire face à un afflux de blessés. Si ce plan n'existe pas la structure ne pourra pas faire face adéquatement à un afflux de blessés. (*Voir « Plan catastrophe » p. 19*)

Nombre de structures qui pourront prendre en charge les blessés : en ce inclus les hôpitaux militaires pour les militaires et prisonniers de guerre en situation de conflit, mais également pour les civils lors de catastrophes naturelles.

Possibilité ou non d'évacuer rapidement les blessés vers des structures médicales mieux équipées mais éloignées (*ex. au Pakistan, lors du tremblement de terre d'octobre 2005, l'armée a évacué par hélicoptère la majorité des blessés vers les hôpitaux de la capitale ; au Tchad, en décembre 2006, lors d'un combat qui a fait de nombreuses victimes parmi les combattants, ceux-ci ont été, pour la grande majorité, également transférés vers la capitale, à plus de 1000 km du lieu de l'évènement. Dans ces deux cas, les structures médicales locales n'ont donc pas du faire face à un afflux de blessés*).

Phase d'Alerte/Phase d'Urgence

1.2. Estimer le nombre et le type de victimes attendues

En fonction de la nature de l'évènement

- Type de conflit : à l'arme légère, bombardements, mines, ... conflit impliquant uniquement des combattants ou également des civils, ...
- Type de catastrophe naturelle : tremblement de terre, inondation, ...

→ *Fiche n°2 « Type de blessés selon le type d'armes »*

→ *Fiche n°3 « Type de blessés selon le type de catastrophe naturelle »*

En fonction de la localisation de l'évènement

- Lieu densément peuplé ou non
- Lieu proche ou éloigné de toute structure médicale, aisément accessible ou non (*plus le lieu de l'évènement sera éloigné et peu accessible, moins il y aura de blessés graves qui auront pu atteindre une structure de santé à temps pour être sauvés*).

En fonction du moment où l'évènement se produit

- Le jour ou la nuit ? (*Les catastrophes naturelles qui surviennent la nuit font généralement plus de victimes parce que les personnes sont surprises dans leur sommeil et n'ont donc pas le temps de fuir*).

- En été ou en hiver, pendant la saison sèche ou la saison des pluies ? Les conditions climatiques peuvent influencer négativement l'état des victimes (*blessés gisant dans la neige ou sous la pluie*) ainsi que l'accès aux victimes (*routes impraticables par temps de pluie*) et donc le nombre de blessés graves qui pourront être sauvés.

1.3. Ré-évaluer la/les structure(s) sanitaire(s) au moment de l'évènement.

En effet, celles-ci peuvent avoir été touchées par les évènements (*bâtiments totalement ou partiellement détruits, plus d'eau et/ou électricité,...plus de personnel, celui-ci ayant pris la fuite,...équipement et matériel pillés,...*).

2. Le plus rapidement possible après l'évènement

« Les blessés commencent à mourir dès l'instant de la blessure. Ils ne peuvent survivre que s'ils reçoivent des soins de survie adéquats et des soins chirurgicaux immédiats. »¹

L'intervention doit donc avoir lieu le plus rapidement possible après l'évènement. Il est évident que, plus l'intervention sera retardée, moins de vies pourront être sauvées.

Ceci suppose que :

- On est déjà dans le pays et prêt à intervenir (*plan de préparation aux urgences, ressources humaines nationales et internationales, matériel*), ou
- Une équipe peut y être envoyée très rapidement, ou
- Le conflit se poursuit pendant plusieurs jours ou semaines et les blessés continuent à affluer
- Les blessés sont nombreux et « éparpillés » sur une grande zone peu accessible et ne peuvent donc tous être pris en charge dès les premiers jours (*exemple du tremblement de terre au Pakistan en octobre 2005 où il a fallu près de 3 semaines pour évacuer tous les blessés qui se trouvaient un peu partout dans les montagnes*).

3. Dès que la sécurité le permet

3.1. Conflit

Etre présent au cœur d'un conflit ne se justifie que si :

- Une assistance aux populations en danger est possible
- Cette assistance a des chances d'atteindre les bénéficiaires (*dans certains cas l'assistance peut constituer un risque supplémentaire pour les bénéficiaires : détournement de l'aide au profit des combattants, racket des bénéficiaires, ciblage des victimes rassemblées dans une structure de santé,...*).
- La sécurité des équipes peut être assurée

¹ **The « Golden Hours »**

Les « Golden Hours » est un concept de médecine d'urgence. La plupart des blessés graves (polytraumatisés ou victimes d'hémorragie interne) décèdent dans les premières heures. On a donc un taux de survie optimale si les victimes se retrouvent sur une table d'opération dans les 4 à 6 heures qui suivent l'accident :

- 50% des blessés graves meurent sur le coup du fait de leurs lésions
- 30% meurent dans les quatre à six premières heures suivant l'accident
- 20% meurent dans la semaine par défaillance multi-viscérale

Il ne s'agit donc pas d'intervenir à tout prix : la sécurité des équipes doit avant tout être assurée. Il sera donc important d'estimer au mieux les risques encourus et spécifiques au contexte et au moment.

Même s'il est très difficile de prendre la décision de ne pas intervenir quand on sait qu'il y a des blessés abandonnés sans soins, il ne faut jamais oublier que si un seul membre de l'équipe est blessé, non seulement on n'aura pas nécessairement la possibilité de l'évacuer vers une structure de santé appropriée, mais de plus c'est toute l'équipe qui sera immobilisée !

Attention : quand on parle de sécurité des équipes, on parle des expatriés et des nationaux. Si ceux-ci ont, le plus souvent, l'avantage de connaître le terrain, la langue, la culture,... ils sont toutefois parfois plus à risque que les expatriés (lors de conflit à connotation ethnique, par ex.)

Plusieurs scénarios possibles :

3.1.1. Le conflit a lieu en dehors de la zone où les équipes sont basées (ex. le conflit a lieu dans le bush alors que les équipes sont basées en ville).

- Dans ce cas la sécurité des équipes n'est pas menacée. Elles peuvent se préparer à recevoir les blessés, que ce soit dans une structure hospitalière existante ou dans un hôpital de campagne ². La difficulté sera d'assurer l'accès des victimes à cette structure de santé (voir ci-dessous « Où intervenir ? » § 1).

Il faudra toutefois veiller à suivre de près l'évolution de la situation, le conflit pouvant se déplacer vers la zone où les équipes sont basées.

3.1.2. Le conflit a lieu là où les équipes sont basées

- **Le conflit n'a pas encore débuté mais est prévisible** (ex. les factions rebelles s'approchent de la ville,...). C'est le genre de moment où on est content d'avoir un plan de préparation aux urgences !!!

Il faudra évaluer, en fonction du contexte, la possibilité ou non pour les équipes de rester sur place et se préparer à une intervention. En fonction de cette évaluation on optera pour :

- Une évacuation totale de l'équipe tant que c'est encore possible. Dans ce cas, on pourra, avant l'évacuation, approvisionner une ou des structures de santé existantes en fonction des capacités de celles-ci d'intervenir (évaluation faite lors de la préparation aux urgences).
- Une évacuation partielle de l'équipe (personnel non indispensable). Dans ce cas, l'équipe qui reste en place se préparera à intervenir et se protégera préventivement dans un espace de vie confiné (la « bunkérisation »³) en attendant de voir ce qu'il se passe. Pour ce faire, un bâtiment MSF (maison, bureau) convient, mais la structure de santé identifiée comme étant la mieux équipée et localisée pour recevoir les blessés, est préférable car elle offre une protection relative, elle souligne clairement l'association entre notre présence et nos activités et, last but not least, elle nous permet d'être à pied d'œuvre au cas où le risque se confirme.

➔ **Fiche n°4 « Comment se bunkériser ? »**

² **Un hôpital de campagne** est une structure médicale provisoire, mise en place en cas de catastrophe ou à proximité d'une zone de combat, qui peut être déployée rapidement afin de répondre aux besoins urgents pour une période de temps limitée.

³ **La « bunkérisation »** consiste au renforcement de l'ensemble des mesures passives de sécurité. Attention cependant, une protection excessive, surtout dans le temps, entraîne à la longue un repli voire un isolement de l'équipe par rapport à son environnement.

➤ **Le conflit a débuté**

- Dans ce cas également l'évacuation totale ou partielle sera envisagée, pour autant qu'une évacuation soit encore possible. Si l'évacuation n'est plus possible et que l'insécurité est telle qu'une intervention n'est pas envisageable, les équipes seront « bunkérisées » en attendant qu'une évacuation soit possible ou que la situation se normalise.
- Si l'accès à une structure hospitalière est possible (*par ex. parce que cette structure ne se trouve pas dans la partie de la ville touchée par les événements*) on pourra y envoyer une équipe avec le matériel nécessaire pour y travailler, mais également tout le matériel nécessaire pour que cette équipe puisse rester plusieurs jours dans cette structure hospitalière (*même si la situation n'est pas extrême au point de devoir se « bunkériser » dans l'hôpital, cela permettra d'éviter les allées et venues qui représentent chaque fois un risque, d'autant plus que la situation peut changer d'un moment à l'autre*).
- Si l'accès à une structure hospitalière n'est pas possible, la transformation d'un bâtiment MSF (*bureau, maison, entrepôt*) ou de toute autre structure accessible (*salle de sport,...*) en structure hospitalière (*hôpital de campagne*) pourra être envisagée (*encore une fois la faisabilité de cette solution aura été étudiée, idéalement, lors de la préparation à l'urgence...*). → Ne jamais oublier que notre meilleure protection est la justification de notre présence par une activité médicale exercée dans le respect des principes de notre charte : neutralité, impartialité, indépendance.

➤ **Le conflit est terminé**

Même si le conflit a pris fin, cela ne signifie pas qu'il n'y a plus de risques :

1. Tous les combattants doivent effectivement être informés de la fin des hostilités (*à noter que même dans les guerres « traditionnelles »⁴ des échanges de tirs ont lieu jusqu'à la dernière minute avant la fin officielle des hostilités !*).
2. Il faut s'assurer que tous les combattants respectent effectivement le cessez-le-feu... ce qui est rarement le cas dans les guerres « non traditionnelles » (guerres civiles, conflits ethniques,....).
3. Lorsqu'il y a un conflit, il y a des armes en circulation... et à la fin du conflit, ces armes sont rarement rangées dans des armoires jusqu'au prochain conflit... il y a donc un risque accru de « balles perdues », d'actes de banditisme,...
4. Toutes les voies d'accès ne sont pas nécessairement sécurisées et, selon le type de conflit, on peut craindre la présence d'obus ou d'objets non explosés (UXOs), de mines,...

→ *Fiche n°5 « Mines, obus et objets non explosés »*

Il faut donc rester extrêmement prudent et prendre toutes les informations nécessaires avant tout déplacement.

3.1.3. Dans tous les cas il faudra :

- **Veiller à l'identification des équipes, des bâtiments, des véhicules⁵.**

⁴ Nous entendons, par « **guerre traditionnelle** », une guerre entre deux belligérants ayant des intérêts opposés et qui, se jugeant de forces égales, décident d'en découdre sur le champ de bataille. Ils s'agit d'armées étatiques ou de groupes organisés comme une armée avec une chaîne de commandement claire garante d'une certaine discipline.

⁵ Attention, en cas d'évacuation totale (étant entendu que le personnel national ne continuera pas à travailler en l'absence de l'équipe expatriée), tous les signes d'identification seront retirés et emportés ou détruits afin que personne ne puisse les utiliser à mauvais escient.

Selon le droit humanitaire, en période de conflit, seul l'emblème de la Croix-Rouge (et/ou du Croissant-Rouge) est reconnu comme signe distinctif protégeant l'ensemble des services sanitaires (*installation, personnel, transport et matériel*).

- **A-t-on de droit** d'utiliser le signe de la Croix-Rouge et/ou Croissant-Rouge pour protéger nos installations sanitaires ?

Oui. L'usage de ce signe protecteur, en temps de guerre, n'appartient pas au mouvement de la Croix Rouge mais peut être utilisé par d'autres organisations pour protéger des activités sanitaires.

- **A-t-on le devoir** d'utiliser le signe de la Croix-Rouge et/ou du Croissant-Rouge ?

Non : de toute façon, une attaque délibérée contre des civils, et à fortiori des infrastructures sanitaires (même si celles-ci ne sont pas identifiées par le signe distinctif), constitue une violation grave du droit humanitaire.

Non : si, dans votre contexte l'usage du signe de la Croix-Rouge et/ou Croissant-Rouge n'a pas d'effet protecteur ou représente un risque (*ex. pendant la guerre du Liban les véhicules du Croissant-Rouge ont été visés par l'aviation israélienne et pas les véhicules MSF*).

Oui : si, dans votre contexte l'usage du signe de la Croix-Rouge et/ou Croissant-Rouge (*en plus du signe MSF*) peut avoir un effet protecteur supplémentaire (*ex. MSF est peu connu dans la région – En Irak, le Croissant-Rouge est la seule organisation encore respectée,...*). Dans ce cas, l'utilisation du signe de la Croix-Rouge et/ou Croissant-Rouge sera une obligation de protection que vous aurez vis-à-vis de vos patients.

Attention

- Le plus important est que la structure soit connue et reconnue comme étant un hôpital : Les parties au conflit et la population devront être informées de l'existence, de la finalité et du statut indépendant de l'hôpital
- Même si votre structure est bien connue et identifiée, seules les attaques délibérées sont condamnables et non pas les balles ou les dommages collatéraux, or la mauvaise foi des belligérants est souvent la règle !

➤ **Sécuriser les bâtiments et les accès.**

Il s'agit de protéger les bâtiments contre les impacts de projectiles, les effets des explosions (*vitres volant en éclats,...*). et se protéger en cas d'intrusion non désirée.

→ **Fiche n°6 : « Sécurisation des bâtiments »**

→ **Voir aussi, le chapitre « Moyens à mettre en oeuvre : Infrastructure »**

➤ **Essayer d'obtenir des parties en présence des garanties quant au respect du droit humanitaire.**

- Il est important de savoir que toutes les parties à un conflit armé (*international et non international*), que ce soit des Etats ou des acteurs non étatiques, sont liées par le droit international humanitaire.
- Il ne faut pas sous-estimer la connaissance du droit humanitaire par les parties en présence, y compris les factions rebelles. Au minimum ils en connaissent l'existence et parfois même ils le connaissent mieux que nous !
- Dans les situations de conflit, le « Dictionnaire Pratique du Droit Humanitaire » est un outil indispensable.

→ **Voir aussi, le chapitre « Droit Humanitaire »**

3.2. Catastrophes naturelles

Deux scénarios possibles :

3.2.1. Les équipes travaillent dans une zone à risque de catastrophe naturelle

Ces équipes, lors de l'élaboration de leur plan de préparation à l'urgence devront, avant toute chose, prévoir et mettre en oeuvre des mesures de protection préventives pour elles-même et leurs bénéficiaires : choix et localisation des bâtiments (*maisons, centres de santé,...*), renforcement des bâtiments, information et formation sur les attitudes à avoir en cas de catastrophe,...

→ *Fiche n°7 « Mesures préventives dans les zones à risque de catastrophes naturelles »*

3.2.2. Les équipes interviennent suite à une catastrophe naturelle

Lors d'une intervention suite à une catastrophe naturelle, les équipes devront être vigilantes car elles pourront être confrontées à deux types de risques :

- **Les risques liés à la catastrophe qui a eu lieu** : seconde vague de la catastrophe, glissements de terrain, effondrement de bâtiments ou routes, contamination de l'eau, incendies ou explosions suite à l'endommagement du réseau électrique ou gazier, épidémies, ...

→ *Fiche n°8 « Risques post-catastrophes naturelles »*

- **Les risques liés au contexte régional** : Les catastrophes naturelles ne se déroulent pas dans des lieux vierges mais dans des régions qui ont chacune leur histoire propre, une histoire parfois marquée par des conflits. Si, dans les premiers jours ou semaines de la catastrophe, toutes les énergies sont tournées vers la réponse à cette catastrophe, rapidement l'actualité conflictuelle reprendra le dessus. Il importe donc de se documenter sur la région dans laquelle on va intervenir.

Quelques exemples de l'histoire récente :

Octobre 2005 – Pakistan – Tremblement de terre au Cachemire

Depuis l'indépendance de l'Inde en 1947, l'Inde, comme le Pakistan, revendiquent ce territoire alors que les habitants du Cachemire, veulent être indépendants. Deux ans de guerre indo-pakistanaise (1947-49) ont fait 500 000 morts et un million de réfugiés ; cette guerre a aussi laissé derrière elle de nombreuses mines dont plus personne ne sait exactement où elles se trouvent. En 1949, le Cachemire est divisé en deux parties. La première, Azad Kashmir, est "donnée" au Pakistan, la seconde, Jammu-et-Cachemire, à l'Inde. Aujourd'hui encore, le Pakistan réclame la partie indienne et l'Inde la partie pakistanaise. La région reste une des régions les plus tendues du monde car les deux pays possèdent l'arme nucléaire qu'ils pourraient utiliser en représailles.

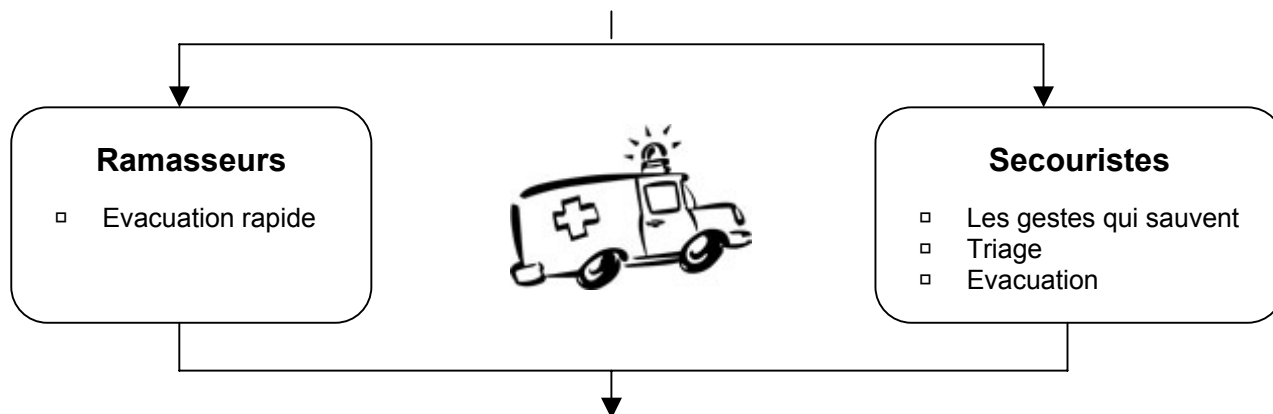
Décembre 2004 – Indonésie – Tsunami - Province de Aceh

Depuis près de trente ans, Aceh est le lieu d'affrontement entre le gouvernement central de Jakarta et le GAM, mouvement sécessionniste revendiquant depuis 1976 l'indépendance de la province. En 2004, on estime à 12 000 les morts liés au conflit. Le conflit armé a aussi eu des conséquences désastreuses pour la population sur le plan humanitaire, détruisant les moyens d'existence et les infrastructures locales dans les domaines des services sanitaires, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau.

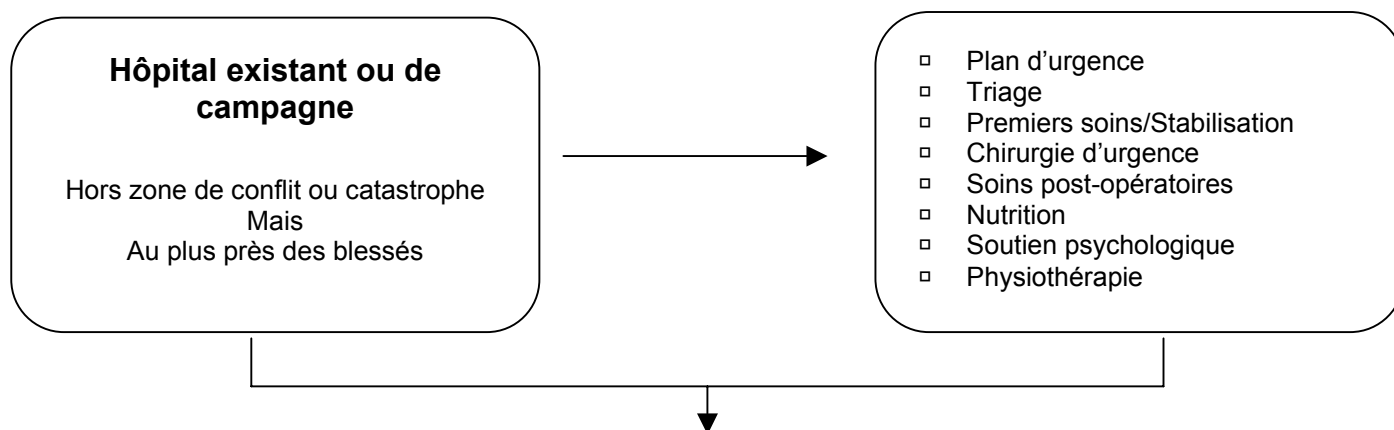
OU INTERVENIR ?

1. Là où les blessés se trouvent

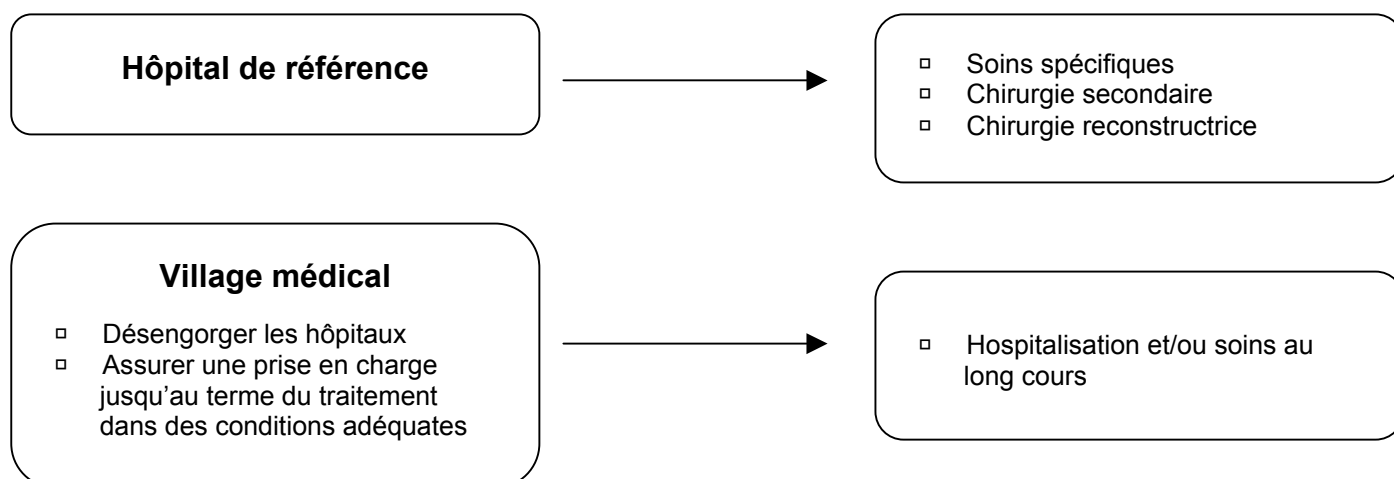
Zone de conflit ou de catastrophe



2. Structure médicale en zone sécurisée



3. Hôpital de référence ou Village médical



1. Là où les blessés se trouvent, c'est-à-dire sur le lieu de l'évènement.

« Les premiers secours, dispensés au point de chute ou à l'endroit le plus sûr près du champ de bataille, et l'évacuation rapide revêtent une importance capitale, car la morbidité et la mortalité augmentent à mesure que le traitement tarde à être assuré. Plus les premiers secours sont efficaces et plus l'évacuation vers l'hôpital est rapide, meilleures sont les chances de survie et de guérison. »⁶

Dans la plupart des contextes dans lesquels nous travaillons, malheureusement, les premiers secours sont déficients ou inexistantes et la chaîne d'évacuation trop longue. De ce fait, des patients qui auraient pu survivre meurent et ceux qui survivent souffrent d'infections et autres complications atténuant leurs chances de survie et augmentant le risque de séquelles invalidantes.

1.1. Qui va intervenir

1.1.1. Croix-Rouge/Croissant Rouge⁷

En principe, dans les situations de conflit et de catastrophe, les sociétés nationales de la Croix Rouge ou du Croissant Rouge ont pour mandat d'assurer les premiers soins et l'évacuation des blessés vers les structures hospitalières. Mais, si ces équipes sont formées et entraînées aux premiers secours et à l'évacuation des blessés, encore faut-il qu'elles en aient les moyens (*trop souvent les ambulances sont en panne, le matériel et l'équipement insuffisants,...*) et que la sécurité leur permette d'avoir accès aux victimes. A noter qu'en situation de conflit, en vertu du droit humanitaire, l'accès aux victimes doit être garanti,... la réalité est malheureusement souvent fort différente de la théorie ! – (voir, à ce sujet, le chapitre « Droit Humanitaire »)

1.1.2. Services médicaux des armées

En situation de conflit, les armées régulières ont généralement la possibilité d'évacuer leurs blessés ainsi que les prisonniers de guerre vers les hôpitaux militaires. Toutefois, il est à noter que l'évacuation des blessés ne se fera pas nécessairement selon les priorités médicales mais parfois selon des priorités d'ordre militaire ou stratégique (*d'abord les officiers, ou d'abord les membres de l'ethnie au pouvoir,...*). Et si leurs capacités sont limitées, certains blessés seront peut-être abandonnés sur place...

Lors des catastrophes naturelles, les services des armées sont souvent les premiers à intervenir et ont l'avantage de pouvoir mettre rapidement à disposition du personnel en grand nombre (y compris du personnel médical) ainsi que des moyens logistiques exceptionnels (*hélicoptères, bateaux,...*).

1.1.3. La « débrouille »

Souvent, pour autant que la sécurité le permette, les blessés tenteront de se rendre eux-même vers les structures hospitalières, ou y seront emmenés par la famille, les amis,...

1.1.4. Quel rôle pour MSF ?

Si personne n'intervient pour évacuer les blessés vers les structures hospitalières, les équipes MSF pourront intervenir pour autant que :

- La sécurité le permette

⁶ « La chirurgie des blessés de guerre » - D. Dufour – CICR

⁷ Mandats Croix-Rouge Nationales, CICR, Fédération des Croix-Rouge : voir chapitre « Droit Humanitaire »

- Les ressources humaines soient suffisantes pour assurer les premiers soins/évacuation sur le lieu de l'évènement **et** la prise en charge des blessés au niveau d'une structure médicale en zone sécurisée.

Dans la plupart des cas, aucune de ces conditions ne sera remplie !

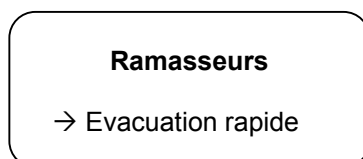
- En effet, si la sécurité n'est pas assurée, personne ne pourra bouger (*ni MSF ni personne d'autre !*). Par contre, dès que la sécurité le permettra, les blessés afflueront vers la ou les structures médicales où ils seront transportés via la famille, des amis, la Croix-Rouge ou d'autres services d'urgence.
- Et, généralement, nous avons à peine assez de ressources humaines pour assurer la prise en charge au niveau de l'hôpital. Il vaut mieux dès lors concentrer nos efforts à ce niveau plutôt que de s'éparpiller et vouloir participer à l'évacuation des blessés qui ne seront ensuite pas pris en charge correctement par manque de ressources humaines.

Dans le cadre de la préparation aux urgences, il sera important de vérifier s'il existe des organisations de secours (*Croix-Rouge ou autres*) qui pourraient assurer ce rôle : quels sont les moyens qu'elles possèdent (*ressources humaines formées, matériel médical, ambulances*) et quel support MSF pourrait éventuellement apporter en cas d'urgence.

→ *Fiche n°9 : « Check-List organisations de secours »*

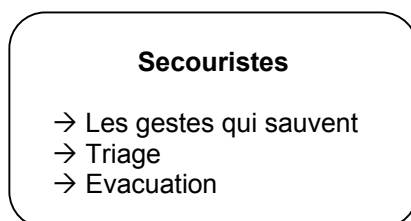
1.2. Objectifs d'une intervention sur le lieu de l'évènement

1.2.1. Ramassage et évacuation – Scoop and Run



- On n'a pas de personnel médical qu'on peut détacher pour cette activité, mais uniquement des « ramasseurs ».
- Dans ce cas l'objectif principal sera d'évacuer le plus rapidement possible les blessés vers la structure médicale en zone sécurisée. Les ramasseurs recevront des instructions simples quant aux mesures à prendre et à l'ordre de priorité à suivre pour l'évacuation⁸.
 - *Fiche n°10 : « Instructions aux « ramasseurs » pour l'évacuation des blessés + ressources humaines et matériel nécessaire »*
- Si les blessés ne se trouvent pas loin de l'hôpital, nous pourrons aussi faire appel à des volontaires pour évacuer rapidement les blessés (*ex. au Liberia, à Monrovia, des volontaires ont évacué les blessés à l'aide de brouettes*).

1.2.2. Premiers secours et évacuation - Stay and Play



⁸ A Haïti, les chauffeurs et brancardiers ont suivi une formation « premiers secours ». De même vous pouvez, dans le cadre de la préparation aux urgences, faire suivre cette formation, souvent organisée par les Croix-Rouge locales, à votre personnel.

- On a du personnel médical formé à ce genre d'intervention (*personnel MSF ou non*), et on pourra développer une intervention plus spécialisée avec stabilisation des blessés avant évacuation :

- **Premier secours** → « **Les gestes qui sauvent** ».

Le but primordial des premiers secours est d'empêcher la mort en se concentrant sur :

- La respiration : libération des voies aériennes obstruées
- La circulation : contrôler les hémorragies
- La position latérale de sécurité : pour toute personne inconsciente et/ou encombrée.
- La protection contre l'hypothermie : couvrir le patient (couverture de survie)

Et, si possible :

- Immobilisation des fractures
- Position de confort en fonction du type de blessure

→ **Fiche n°11 : « Premiers soins : les gestes qui sauvent – immobilisation des fractures – position de confort + ressources humaines et matériel nécessaire »**

- **Triage des blessés** en fonction de :

- La gravité des lésions
- La nécessité d'un traitement (intervention chirurgicale,...)
- Le pronostic (les chances de survie)

→ **Fiche n°12 : « Le Triage : Méthode, Catégories, Personnel, Infrastructure, Fiche et Registre, Matériel »**

- **Evacuation rapide**, selon l'ordre de priorité, vers une structure de santé en zone sécurisée

→ **Fiche n°13 : « Comment transporter correctement les blessés »**

Attention, selon la situation, même si on a du personnel médical expérimenté disponible, il faut évaluer s'il vaut mieux opter pour le Scoop and Run (charger et courir) ou pour le Stay and Play (agir sur place)

Si les blessés ne se trouvent pas loin de la structure médicale, il vaudra mieux opter pour le « scoop and run » plutôt que de perdre du temps à vouloir stabiliser le patient sur place.

Si les blessés se trouvent loin de la structure médicale (*parfois plusieurs heures de piste dans certains contextes*), soit il faut rapprocher la structure médicale de première ligne (*comprenant au moins triage et premiers soins*) du lieu où se trouvent les blessés, soit, si cela n'est pas possible, on optera pour le « stay and play » (*pour autant qu'on ait du personnel médical expérimenté disponible*) tout en se limitant au minimum nécessaire pour que les patients supportent le transport.

2. Dans une structure médicale en zone sécurisée

N.B. C'est à ce niveau que MSF interviendra généralement, c'est pourquoi ce point est développé in extenso au chapitre suivant.

2.1. Quelle structure médicale

Par « structure médicale » on entend tout endroit qui pourra être utilisé et/ou aménagé pour accueillir un afflux de blessés. Il s'agira, par ordre de priorité, de :

- Un hôpital existant (MSF ou non)
- Un centre de santé existant
- Un hôpital de campagne installé pour l'urgence
 - dans un bâtiment existant (*bureau MSF, maison MSF, autre bâtiment en dur...*)
 - dans des éléments spécialement prévus et/ou équipés pour l'urgence (*tentes, bateau-hôpital, containers,...*).

→ Voir Chapitre « Moyens à mettre en oeuvre : Infrastructure »

2.3. Objectif de l'intervention

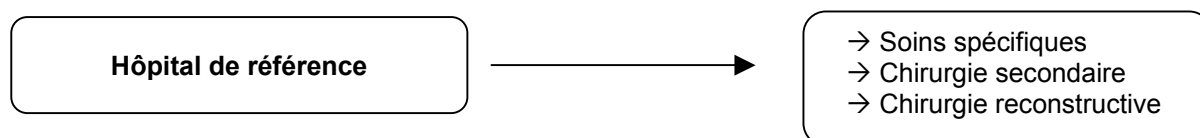
L'intervention comprendra les activités suivantes :

1. Plan catastrophe
2. Triage
3. Premiers soins
4. Chirurgie d'urgence
5. Soins post-opératoires
6. Nutrition
7. Soutien psychologique
8. Physiothérapie
9. Référence vers une structure hospitalière spécialisée pour des soins spécifiques ou une chirurgie secondaire et/ou reconstructrice

A noter que, selon le contexte (*chirurgie d'urgence réalisée dans un hôpital de campagne pour être plus proche des blessés ou réalisée dans un hôpital existant avec plateau technique large*) et les possibilités (*existence d'hôpitaux de référence ou non*), les activités de 5 à 8 seront développées à ce niveau ou dans une structure hospitalière de référence ou dans un village médical (*voir ci-dessous*).

3. Hôpital de référence et/ou Village médical

3.1. Hôpital de référence

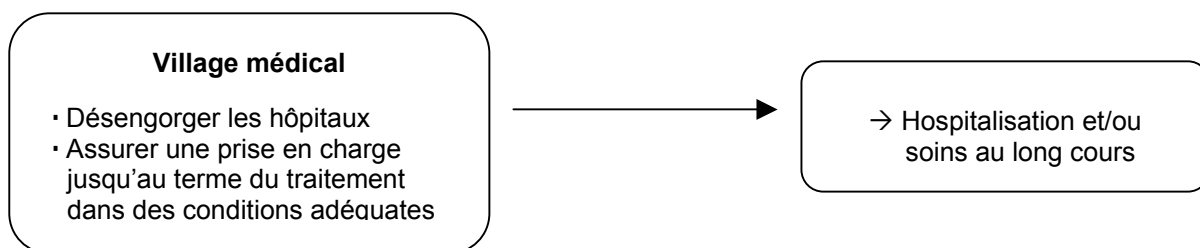


Dans la mesure du possible, il faudra identifier un hôpital de référence pour :

- Poursuivre la prise en charge des patients dont l'état a été stabilisé dans un hôpital de campagne et qui nécessitent une hospitalisation longue. S'il n'y a pas d'hôpital de référence disponible ceux-ci pourront être pris en charge dans un village médical.
- Prendre en charge des patients nécessitant des soins spécifiques ou une chirurgie secondaire et/ou reconstructrice.
 - Ces patients devront être envoyés vers un centre hospitalier ayant un plateau technique suffisamment large pour pouvoir répondre à leurs besoins spécifiques, pour autant qu'un tel centre existe (*dialyses, ostéosynthèse..*).

→ Voir Chapitre « *Objectif de l'intervention : Référence vers une structure hospitalière spécialisée* »

3.2. Village Médical



Le concept de village médical a été développé pour répondre aux objectifs suivants :

- Libérer les hôpitaux pour pouvoir continuer à accueillir de nouveaux blessés et malades
- Assurer la prise en charge des patients jusqu'au terme de leur traitement dans des conditions adéquates

En effet, la majorité des blessés de guerre ou de catastrophe naturelle nécessitent une hospitalisation longue de 4 à 6 semaines, voire plus (*fractures sous traction, plaies très importantes,...*). De ce fait, les capacités hospitalières sont rapidement dépassées et il n'est plus possible d'accueillir de nouveaux blessés ou malades.

Ils doivent souvent aussi, après l'hospitalisation, avoir des soins quotidiens pendant une longue période (*soins des plaies, physiothérapie*). Or il n'est pas toujours possible de les renvoyer chez eux, soit parce que chez eux il n'y a aucune structure de santé et/ou personnel médical pouvant les prendre en charge, soit parce qu'ils n'ont plus de famille, (*celle-ci ayant été décimée par la guerre ou la catastrophe naturelle ou ayant du fuir la région*) soit parce qu'ils n'ont tout simplement plus de chez eux (*leur maison ayant été détruite par les événements*).

➤ Le village médical n'est rien d'autre qu'une structure type « camp de réfugié/déplacé », mais d'une taille nettement plus modeste, qui pourra accueillir les blessés nécessitant une longue hospitalisation et/ou des soins sur une longue période, et au moins un accompagnant par blessé, voire toute la famille proche si nécessaire (*ex. lors d'une catastrophe naturelle, si la famille n'a plus d'habitation, elle logera avec le blessé jusqu'à ce qu'une solution acceptable ait été trouvée pour toute la famille*).

Une structure sanitaire spécifique et adaptée aux besoins des ces patients sera installée à l'intérieur du village.

On veillera aussi à adapter les infrastructures aux besoins des patients (*latrines avec barres de maintien, douches avec siège,...*).

→ Fiche n°14 : « *Installation d'un Village médical* »

PRISE EN CHARGE DES BLESSES DANS UNE STRUCTURE MEDICALE EN ZONE SECURISEE

Partie 1 - Objectifs de l'intervention

1. Plan catastrophe
2. Triage
3. Premiers soins
4. Chirurgie d'urgence
5. Soins post-opératoires
6. Nutrition
7. Soutien psychologique
8. Physiothérapie
9. Référence vers une structure hospitalière spécialisée pour la chirurgie secondaire et la chirurgie reconstructrice

Partie 2 - Moyens à mettre en oeuvre

10. Infrastructure
11. Personnel
12. Matériel

Partie 1 – Objectif de l'intervention

1. Plan catastrophe

Lors d'un afflux de blessés, une organisation stricte et spécifique doit être mise en place afin de sauver un maximum de vies. C'est ce qu'on appelle le « **plan catastrophe** ».

- Toute structure hospitalière devrait avoir un plan catastrophe, un afflux de blessés étant toujours possible même en dehors de toute situation de conflit ou de catastrophe naturelle (*ex. accident de la circulation impliquant plusieurs véhicules, incendie dans un bâtiment densément occupé,...*).

Le plan catastrophe doit préciser :

1. A quel moment et de quelle façon le triage est mis en place
2. Le rôle précis de chaque membre de l'équipe hospitalière (organigrammes) et de chaque service
3. Une liste de personnel supplémentaire appelable (*médecins et infirmiers mais aussi personnel pour la stérilisation, la buanderie, la cuisine, le nettoyage, le transport des patients, le gardiennage,...*)
4. Le circuit du patient de l'admission jusqu'à la sortie (y compris pour les morts)
5. Les procédures de prise en charge (*protocoles*)
6. Les outils de prise en charge (*fiches de triage, registres,...*)
7. Le matériel nécessaire et sa localisation (*matériel médical et logistique, moyens de communication et d'identification, nourriture pour patients et personnel,...*)
8. Un dispositif de coordination et communication avec les autres structures hospitalières pouvant recevoir des blessés (*pour évacuer des blessés d'un hôpital surchargé vers un autre moins sollicité*) ou pouvant envoyer du personnel en renfort.

Attention, le plan catastrophe doit être :

- Simple, précis et clair
- Conçu comme un prolongement du fonctionnement habituel de l'hôpital et non pas complètement le remettre en cause : instituer toutes sortes de procédures nouvelles à ce stade ne peut qu'ajouter à la confusion (*ainsi, le rôle imparti à chacun doit rester le plus proche possible de ce que sont ses tâches habituelles*).

Et n'oubliez pas qu'en plus des blessés de guerre ou de catastrophe, vous devrez continuer à assurer la prise en charge des urgences « habituelles » : urgences obstétricales et urgences médicales. Ces urgences peuvent être moins nombreuses qu'habituellement, les patients hésitant à se rendre à l'hôpital en raison de l'insécurité dans la ville ou la région, ou plus nombreuses qu'habituellement, un nombre important de patients se présentant avec des troubles liés au stress (*hypertension, troubles psychiatriques,...*).

→ **Fiche n°15** : « **Plan catastrophe : check-list et exemple** »

→ **Fiche n°16** : « **Le circuit du patient : conseils et exemple** »

2. Triage

2.1. Objectif

**Sauver un maximum de vies
en établissant des priorités selon
les chances de survie des patients et les ressources disponibles**

Ainsi, lorsque le nombre de blessés dépasse les possibilités de prise en charge de l'hôpital, dans un contexte de blessés multiples et de ressources limitées, contrairement à la pratique « normale » en salle d'urgence, les personnes présentant les blessures les plus graves et potentiellement mortelles pourront, en fait, recevoir une priorité inférieure aux personnes qui ont des blessures auxquelles elles sont plus susceptibles de survivre.

2.2. Méthode

Evaluation rapide de tous les blessés
↓
Classification des blessés selon des critères simples

Il n'existe pas de système de triage standardisé, et au niveau international plusieurs systèmes sont utilisés. Toutefois les critères principaux seront toujours :

- Le pronostic vital
- La nécessité d'une intervention chirurgicale et/ou réanimation ou non
- Le degré d'urgence de l'intervention chirurgicale

Pour identifier les différentes catégories de blessés, le CICR utilise des chiffres romains (I, IIa, IIb et III). Nous avons opté pour des couleurs (vert, jaune, rouge et noir) et ce d'une part parce que les chiffres ne sont pas universels et, d'autre part, parce que ce sont surtout les brancardiers qui devront pouvoir rapidement identifier vers où diriger les blessés, or ces brancardiers sont peut-être illettrés (*évidemment, s'ils sont aussi daltoniens vous n'êtes pas sauvés !⁹*).

⁹ Il sera utile et simple de vérifier que les brancardiers identifient bien les couleurs avant des les engager !

VERT	Blessés mineurs – pas d'intervention chirurgicale nécessaire
JAUNE	Intervention chirurgicale nécessaire mais pas urgente
ROUGE	Bonne chance de survie si intervention chirurgicale et ou réanimation immédiate
NOIR	Chance de survie très faible – la chirurgie ne peut plus rien pour eux

→ *Fiche n°12 : « Le Triage : Méthode, Catégories, Personnel, Infrastructure, Fiche et Registre, Matériel »*

RAPPEL

Ce système de triage a été conçu pour un afflux de blessés. C'est pourquoi il est essentiellement basé sur le besoin ou non de chirurgie. Mais tant dans les situations de conflit que les situations de catastrophe naturelle vous serez aussi confrontés à des urgences médicales liées ou non au conflit ou à la catastrophe naturelle.

Ainsi, il y a une catégorie spécifique de patients, rencontrée essentiellement lors des tremblements de terre, mais qui peut également se rencontrer en situation de conflit, voire même en situation « normale » : les patients souffrant de « crush syndrome » ou syndrome de compression suite à l'écrasement d'un membre. Ceux-ci, bien que ne nécessitant pas de soins chirurgicaux (*sauf si présence d'autres pathologies en plus du crush syndrome*), ont toutefois besoin de soins urgents spécifiques (*réanimation volémique et éventuellement dialyse*)¹⁰.

→ *Fiche n°17 : « Le crush syndrome : spécificité et traitement »*

En situation de conflit on risque d'être particulièrement confronté à des victimes de violences sexuelles. Celles-ci devront aussi être considérées comme une urgence médicale (*plus rapidement on prend la prophylaxie VIH, plus elle a de chances de succès*).

→ *Voir à ce sujet le mémento : « Prise en charge des victimes de violences sexuelles »*

Ces patients devront également être triés selon le degré d'urgence et recevoir les soins appropriés. Idéalement, une équipe spécifique sera en charge des urgences médicales, sinon ils seront catégorisés jaune ou rouge selon le degré d'urgence et seront pris en charge par les équipes affectées à ces catégories.

Enfin, il faudra aussi s'occuper des morts. En effet, surtout en situation de conflits, de nombreux morts seront amenés à l'hôpital (*les personnes les amenant ne sachant pas que ces personnes sont mortes*), et d'autres patients décéderont lors de leur séjour à l'hôpital. Ces morts seront souvent « non accompagnés » aussi longtemps que le conflit ne permettra pas un accès aisé à l'hôpital pour les familles.

→ *Fiche n°18 : « Gestion des morts »*

2.3. Quand

Le moment où le triage est mis en place est défini dans le plan catastrophe. Lorsque l'évènement survient, c'est au coordinateur d'urgence (*le plan catastrophe défini également qui occupera ce poste*) de décider s'il faut démarrer le plan catastrophe ou non et de s'assurer que tous les services en soient informés.

¹⁰ A noter que MSF OCB a un accord de collaboration avec la « Renal Disaster Relief Task Force » basée à l'Université de Gand et qui peut fournir rapidement des équipes spécialisées ainsi que le matériel pour la prise en charge des patients atteints de crush syndrome et nécessitant une dialyse.

2.3.1. A partir de combien de blessés arrivant simultanément ?

Ce nombre est à déterminer pour chaque hôpital, en fonction de ses capacités en terme d'infrastructure, de matériel et de personnel. (N.B. Dans les hôpitaux du CICR, il est d'usage d'instituer le triage dès que 7 patients arrivent simultanément. Commencer à un chiffre aussi faible permet au personnel hospitalier de se familiariser avec le système.)

Attention, il peut s'agir d'un afflux soudain ou d'une augmentation lente mais régulière et généralement il n'est pas possible de prévoir :

- Combien de blessés vont arriver
- Combien de temps va durer cet afflux
- Quand se produira la prochaine arrivée massive

2.3.2. Dans quelles circonstances ?

Lors d'une arrivée massive de blessés, tous les patients admis à l'hôpital doivent passer par le triage :

- Qu'il s'agisse de blessés arrivant à l'hôpital sans avoir reçu de premiers secours
- Ou de blessés ayant déjà reçu des premiers soins et déjà triés avant évacuation vers l'hôpital, car leur état peut avoir évolué et les priorités de l'hôpital ne sont pas nécessairement les mêmes.

2.4. Où → Zone de triage

En cas d'afflux de blessés, la salle des admissions se trouve rapidement dans l'incapacité d'accueillir les nouveaux arrivants. Une zone de triage doit donc être définie dans le plan d'urgence. Celle ci devra être :

- Proche de l'entrée habituelle des patients à l'hôpital (*puisque c'est là qu'ils se présenteront spontanément*)
- Accessible pour les blessés ambulants et les véhicules (*ambulances, voitures privées amenant des blessés,...*).
- Sécurisée (*situation de conflit*) et protégée des intempéries (*pluie, neige, soleil,...*)
- Vaste pour pouvoir accueillir un grand nombre de patients
- Proche de la salle d'opération
- Bien gardée pour éviter les intrusions (*familles, militaires, curieux,...*) et garder tout l'espace disponible pour les patients

Selon l'espace disponible, la zone de triage sera le lieu où on procédera :

- Soit au triage et aux premiers soins pour tous,
- Soit au triage et aux premiers soins pour les blessés des catégories jaunes et rouges, les blessés catégorisés verts et noirs étant dirigés vers d'autres salles pour les premiers soins,
- Soit uniquement au triage, tous les patients étant ensuite dirigés vers différentes salles de premiers soins selon leur catégorie.

Dans tous les cas, les blessés devront être évacués de la zone de triage le plus rapidement possible pour laisser place aux nouveaux arrivants. Il faudra aussi prévoir l'évacuation des morts.

Un plan localisant les éléments suivants sera inclus dans le plan catastrophe :

- l'entrée des blessés
- la zone de triage
- les zones de premiers soins (*si ceux-ci n'ont pas lieu dans la zone de triage*)

Ce plan sera connu de tous et son adéquation aura été « testée » lors de la préparation à l'urgence.

→ **Fiche n°12 : « Le Triage : Méthode, Catégories, Personnel, Infrastructure, Fiche et Registre, Matériel »**

2.5. Qui est responsable du triage ?

Une et une seule personne :

- Expérimentée en blessures de guerre ou de catastrophe
- Capable de prendre des décisions claires
- Ayant une vue d'ensemble du fonctionnement de l'hôpital

Cette personne doit voir tous les blessés pour :

- Faire une évaluation clinique
- Attribuer une catégorie de triage

Elle ne doit pas :

- Soigner les blessés (*mais elle doit être entourée d'une équipe qui pourra appliquer les premiers secours d'urgence si nécessaire (libérer les voies aériennes obstruées, contrôler les hémorragies,...)*).

Les décisions prises lors du triage doivent être respectées !

Attention : lors d'un afflux de blessés, tout le monde a tendance à se précipiter vers ceux-ci, à donner son avis, à vouloir intervenir,... ce qui ajoute à la confusion. Il est important que chacun reste au poste qui lui a été attribué dans le plan catastrophe et ne change de poste que sur décision du coordinateur d'urgence .

Il arrive aussi que les proches des blessés, la hiérarchie militaire, les autorités,...tentent d'influencer les décisions du triage, mais seuls les facteurs médicaux doivent être pris en considération (*et d'ailleurs, il faut éviter que toutes ces personnes aient accès à la zone de triage ; pour cela la présence de vos meilleurs gardiens est indispensable !*)

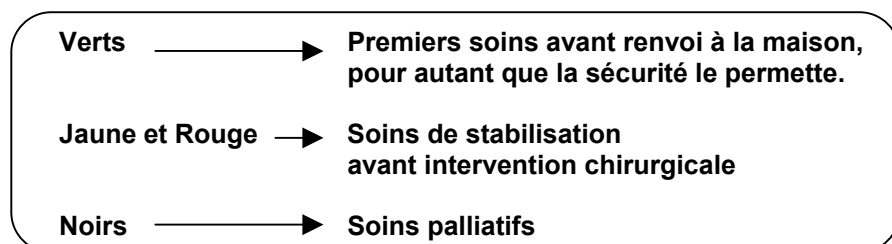
Débriefing

Les décisions de triage sont souvent difficiles à prendre et il peut y avoir des désaccords. Il ne faut pas en discuter sur le moment, mais seulement après coup lors de l'évaluation. Après chaque séance de triage il sera intéressant d'organiser une réunion avec le personnel pour évaluer le déroulement de la séance et pour améliorer les procédures en prévision d'une séance de triage prochaine.

→ **Fiche n°12** : « **Le Triage** : Méthode, Catégories, **Personnel**, Infrastructure, Fiche et Registre, Matériel »

3. Premiers Soins de stabilisation

Dès qu'un patient a été examiné et catégorisé, l'équipe médicale en charge de sa catégorie lui administre les premiers soins. Ceux-ci auront une finalité différente selon les catégories :



Dans tous les cas, des protocoles standardisés seront utilisés afin de faciliter une prise en charge rapide et rationaliser le matériel à mettre à disposition. Ces protocoles porteront essentiellement sur :

- Surveillance
- Préparation à l'intervention
- Antibiothérapie
- Traitement de la douleur
- Prévention tétanos
- Traitement des plaies, brûlures, fractures

→ *Fiche n°19 : « Premiers soins : Protocole par catégorie, Personnel, Fiches et Registres, Matériel »*

→ *Fiche n°20 : « Protocole antibiothérapie »*

→ *Fiche n°21 : « Protocole traitement de la douleur »*

→ *Fiche n°22 : « Protocole prévention tétanos »*

→ *Fiche n°23 : « Protocole prise en charge des plaies, brûlures et fractures »*

Traitement de la douleur

Toute blessure provoque la douleur dont l'intensité varie selon la personne et le siège de la blessure



Ne pas oublier de traiter la douleur pour tous les blessés, y compris pour les blessés considérés comme "mineurs"

Le traitement de la douleur est souvent retardé parce que considéré comme non urgent ou moins urgent que les autres traitements ou interventions, or :

Physiologiquement, la douleur entraîne une vasoconstriction des capillaires artériels. Il s'ensuit :

- Une diminution du flux artériolaire
- Un ralentissement de l'arrivée des globules blancs aux confins du siège des blessures, d'où une diminution de la défense immunitaire
- Et, plus tard, au moment de la cicatrisation, une diminution de l'apport en O₂ et nutritif nécessaire à une guérison rapide ainsi qu'un risque de défense locale contre l'infection amoindrie

Il faut donc toujours traiter la douleur le plus tôt possible

4. Chirurgie d'urgence

4.1. Quelques points essentiels

L'objectif ici n'est pas de décrire ce qu'est la chirurgie d'urgence, qui est affaire de chirurgiens et d'anesthésistes (*les personnes intéressées pourront lire : « La chirurgie des blessés de guerre – CICR »*) mais d'insister sur quelques points essentiels :

1. **La chirurgie primaire**, chez les blessés de guerre ou de catastrophe, **est essentielle** :
 - Elle est la clé d'une guérison rapide et détermine le résultat final (*une surinfection post-opératoire est généralement due à une chirurgie primaire incomplète*).
2. Nous travaillons souvent dans des contextes où les équipements médicaux sont limités. Dans d'autres cas, les équipements sont partiellement ou totalement hors fonction suite au conflit ou à la catastrophe :
 - **Il est possible de pratiquer des actes chirurgicaux de qualité avec une technologie simple.**

3. **Il y a un ordre de priorité chirurgicale** mais :

- Il ne faut pas attendre que tous les patients soient arrivés pour décider qui sera emmené prioritairement en salle d'opération : les équipes chirurgicales doivent commencer immédiatement à opérer les patients de la catégorie rouge.
 - Les priorités d'intervention sont à revoir en permanence, l'état des blessés en attente de chirurgie pouvant évoluer et/ou d'autres blessés continuant d'arriver.
- *Fiche n°24 : « Priorités chirurgicales »*

4. **Tout « trou de balle » doit être minutieusement investigué ! :**

- Des blessures de petite taille, représentant la porte d'entrée d'une balle, peuvent cacher des blessures internes étendues
- Les projectiles ne se déplacent pas toujours en ligne droite (*des plaies d'entrée au niveau thoracique peuvent être associées à des lésions abdominales, des plaies d'entrée au niveau du siège peuvent être associées à des lésions intra-abdominales y compris de la vessie, de l'urètre et du rectum,...*).

5. **Il n'est pas nécessaire d'extraire tous les fragments métalliques ou balles :**

- Il est inutile et dangereux de prolonger une intervention chirurgicale dans le but de localiser une balle ou des fragments métalliques qui se sont logés dans des tissus par ailleurs non lésés.

6. Les blessures de guerre et de catastrophe (*essentiellement tremblements de terre*) sont contaminées :

- **Il ne faut pas suturer** (*sauf face, dur-mère, tissus mous de la paroi thoracique, péritoine*) mais faire un parage et ensuite laisser les plaies largement ouvertes jusqu'à ce qu'une fermeture différée (*suture ou greffe de peau*) soit possible (*entre 3 à 7 jours si pas de complications*).

N.B. Nous insistons sur ce point parce qu'il est trop souvent ignoré des médecins/chirurgiens sans expérience en chirurgie de guerre ou catastrophe. Si c'est le cas dans votre contexte, n'hésitez pas à organiser une formation pour le personnel médical de la structure de santé avec laquelle vous collaborez et/ou procurez aux chirurgiens le manuel du CICR « La chirurgie des blessés de guerre ».

4.2. Infrastructure, Personnel, Matériel

Ce point est surtout développé dans la partie 2 : « Moyens à mettre en oeuvre » et plus particulièrement dans les fiches ci-dessous :

- *Fiche n°47 : « Activités, tâches et besoins en personnel – de l'entrée jusqu'à la sortie des blessés », qui présente, sous forme de tableaux, et pour chaque activité (et donc dans ce cas-ci la chirurgie et l'anesthésie), les tâches à réaliser et le type et nombre de personnel nécessaire.*
- *Fiche n°45 : « Recommandations pour la planification de votre structure », où vous trouverez des conseils pour bien installer les salles d'opération et services connexes.*
- *Fiche n°52 : « Check-List salle d'opération : chirurgie – anesthésie - stérilisation », où vous trouverez la liste du matériel indispensable*

Et comme « on n'est jamais mieux servi que par soi-même », c'est le personnel de salle d'op. (*chirurgiens, anesthésistes, infirmière salle d'op.*) qui veillera à ce que les salles d'opération soient prêtes à accueillir les blessés (*équipement, matériel médical, médicaments*) !

4.3. Hygiène du bloc opératoire

Même si on est en urgence, il faut absolument veiller à une hygiène impeccable du bloc opératoire. Et, étant donné la cadence à laquelle les opérations devront se succéder, il faudra veiller à avoir du personnel en suffisance et bien entraîné !

→ *Fiche n°25 : « Protocole hygiène bloc opératoire »*

4.4. Stérilisation

La pression sur ce service sera également importante du fait de la cadence à laquelle les opérations se succéderont. Si la structure dans laquelle vous travaillez est bien équipée et que le personnel entraîné est présent, alors vous avez beaucoup de chance ! Malheureusement, dans de nombreux contextes le matériel est justement défectueux au moment où vous en avez besoin, et le personnel ne s'est pas présenté en raison du conflit ou de la catastrophe ! Vous avez donc tout intérêt à avoir des solutions de remplacement...c'est-à-dire du matériel de stérilisation en stock et du personnel formé.

Si vous ne devez compter que sur vos ressources, idéalement, pour un hôpital il faudra opter pour un autoclave 90 L (*volume important d'instruments et linge à stériliser*). Attention, les kits généralement commandés pour ce genre d'intervention ne fournissent pas suffisamment de matériel de stérilisation pour une autonomie complète (*Kit 25 interventions : 1 autoclave 39 L - Kit 150 blessés : pas de matériel de stérilisation*). De plus, le matériel de stérilisation est généralement fourni avec un petit brûleur à pétrole qui est relativement lent . Si vous en avez la possibilité, optez pour une autre solution telle que cuisinière à gaz (*d'une des maisons MSF, par ex.*) ou camping gaz, cela raccourcira la durée du cycle par 2.

→ *Voir : « Stérilisation : Aide à la mise en place de la stérilisation dans les structures de soins – Tome 1 – Hôpital – MSF 2006 », disponible sous format papier ou CD et dans la bibliothèque du CD Urgences.*

4.5. Radiologie

L'examen radiologique aide à faire un diagnostic précis, notamment en cas de lésions thoraciques et de fractures complexes, mais **il n'est pas indispensable pour pratiquer une bonne chirurgie de conflit ou catastrophe.**

De plus, même si vous disposez d'appareils de radiologie et de techniciens formés, il peut s'avérer impossible de faire des examens radiologiques lors d'une arrivée massive de blessés sans risquer de faire perdre un temps précieux aux équipes chirurgicales (*les patients faisant la file au service de radiologie*).

4.6. Transfusion

Dans les contextes dans lesquels nous travaillons, les banques de sang sont souvent inexistantes ou peu fiables. Il est aussi souvent difficile de se procurer du sang auprès de donateurs bénévoles, ceux-ci étant peu nombreux en raison de facteurs culturels ou religieux, et/ou une prévalence VIH importante. De plus, en situation de conflit, les donateurs potentiels ne prendront sans doute pas le risque de se déplacer. Le seul recours sera donc bien souvent de s'adresser à la famille ou l'entourage¹¹.

Il faut donc limiter sévèrement les indications de la transfusion :

- Utiliser le sang uniquement pour les besoins vitaux
- **et**
- Pour les patients qui ont une bonne chance de survie

¹¹ *Ne pas oublier de donner une ration de biscuits protéinés + fer aux donateurs potentiels : BP5 : 1 Boîte de 500 g (= 9 barres = 2 275 kcal) + Fer Sulfate, 200mg + Acide Folique 0,4mg : 1 comp./jour pendant 15 jours.*

4.7. Laboratoire

La fonction essentielle du laboratoire est de fournir des mesures de l'hémoglobine, ainsi que de gérer en toute sécurité la collecte, le dépistage et l'utilisation du sang destiné aux transfusions.

Il doit pouvoir fonctionner 24 heures sur 24 et être équipé d'une chaîne de froid fiable pour la conservation du sang (4 à 6° C).

Tout le matériel et les tests nécessaires pour la transfusion, ainsi que pour la mesure de l'hémoglobine, sont compris dans le module transfusion KMEDMTRA01- (*il fait partie des kits chirurgie 25 interventions et 300 interventions et peut aussi être commandé séparément*).

5. Soins Post-opératoires

La clé de la guérison réside autant dans une bonne chirurgie que dans un bon suivi post-opératoire.



Il ne sert à rien de sauver vos patient grâce à une bonne chirurgie, si ensuite il meurent en post-opératoire faute de soins adéquats !

5.1. Suivi du réveil

Tout intervention chirurgicale représente un choc pour l'organisme et, bien que la finalité soit de sauver la vie du patient, cette intervention comporte des effets secondaires (*principalement la dépression respiratoire*) pouvant entraîner la mort. Le risque de dépression respiratoire est le plus important dans la phase post-opératoire immédiate et la phase de réveil mais persiste jusqu'à plusieurs jours après l'intervention chirurgicale.

Le risque est d'autant plus important que l'état du patient est déficient. Or, en chirurgie de guerre et de catastrophe, nous sommes souvent en présence de patients ayant perdu beaucoup de sang/liquides et/ou polytraumatisés. De plus ceux-ci peuvent également avoir des antécédents médicaux qui augmentent le risque anesthésique (score ASA¹²).

Il est donc essentiel que la phase de réveil soit correctement surveillée, idéalement par un anesthésiste, et, à défaut, par un infirmier formé ou la famille (*si pas de personnel suffisant*).

5.2. Soins infirmiers

Nous n'allons pas décrire ici de A à Z ce que sont les soins infirmiers, qui sont censés être connus par les infirmiers, mais insister sur quelques points essentiels.

→ **Fiche n°26 : «Soins infirmiers post-opératoires : fiche technique à l'attention du personnel médical»**

Le basique

1. Ne pas se contenter de surveiller les paramètres vitaux (*pouls, respiration, tension artérielle, température*) mais **observer aussi les patients** (*repérer ceux qui souffrent, ceux qui sont anxieux ou déprimés, ceux qui n'ont pas d'accompagnant pour veiller à leur confort, leur hygiène,...*).

¹² Score ASA : ou « Physical status score », mis au point par l' American Society of Anesthesiologists (ASA) est utilisé pour exprimer l'état de santé pré-opératoire d'un patient. Les patients sont classés, en fonction de leur état de santé, sur une échelle allant de 1 à 5. Le score obtenu permet d'évaluer le risque anesthésique et d'obtenir un paramètre prédictif de mortalité et morbidité péri-opératoire.

2. **La douleur**, trop souvent négligée, doit être assimilée à un paramètre vital : son traitement facilite la guérison. Comment l'évaluer ? Si on y est attentif et réceptif, on la voit ! Mais il existe aussi des échelles d'évaluation de la douleur (*voir fiche 21 : Protocole traitement de la douleur*).
3. Il est évidemment essentiel d'administrer correctement les soins et plus particulièrement de **bien suivre les prescriptions** qui sont essentielles pour éviter le développement d'infections et gangrènes.
4. **Les règles d'asepsie doivent être scrupuleusement respectées**. Sans cela les infections croisées (*le patient est infecté par des germes provenant d'autres personnes : personnel soignant, autres malades, visiteurs, ou de l'environnement*) se développeront rapidement.
5. Evitez de réexaminer de façon systématique les plaies : **ne changez pas les pansements avant la fermeture primaire retardée**¹³, soit 5 jours après l'intervention, sauf avis contraire du chirurgien (*le pansement extérieur pourra, s'il est souillé, être changé, sans toutefois toucher à celui qui est en contact avec la plaie*). Si le médecin estime que l'état général du patient n'est pas satisfaisant, la révision de la plaie s'effectuera en salle d'opération, sous anesthésie.
6. Une **fiche de soins infirmier** doit être mise en place. Si nous travaillons dans une structure non MSF, on utilisera de préférence la fiche à laquelle le personnel est habitué : a nous de nous adapter à la situation, ce n'est pas le moment de faire la révolution dans les outils de gestion ! Si cette fiche n'est pas adéquate (*les paramètres à suivre ne sont pas mentionnés*) ou inexistantes, on utilisera le modèle MSF.

→ **Fiche n°27 : « Dossier patient et Fiche de soins infirmiers – modèle MSF »**

Les heures dangereuses....

Dans la majorité de nos projets médicaux, les patients « à risque » meurent souvent vers la fin de la nuit, entre 2 et 4 h du matin. Bien souvent cela est lié à une absence de suivi infirmier en amont de ces heures, ce qui entraîne une lente dégradation du patient. En effet, non seulement les « meilleurs » infirmiers sont surtout affectés aux prestations de jour et de plus le nombre d'infirmiers présents la nuit est souvent limité → Il faut donc veiller à toujours avoir un infirmier-superviseur et un nombre suffisant d'infirmiers ou d'assistants la nuit. N'oubliez pas que les accompagnants (*famille, amis*) peuvent vous assister dans de nombreuses tâches. Certes vous devrez prendre le temps de bien leur expliquer ce qu'ils doivent faire, mais ce temps « perdu » sera largement récupéré ensuite.

5.3. L'hygiène

Dans un hôpital, une bonne hygiène est fondamentale. Pour cela il faut qu'il y ait :

- Du personnel en charge de l'hygiène (*nettoyeurs, personnel de buanderie, maintenanciers, personnel EHA,...*).
- Des moyens mis à disposition des patients et du personnel
- Une bonne sensibilisation des patients et du personnel sur l'usage du matériel et des moyens mis à leur disposition.

→ **Fiche n°28 : « Hygiène hospitalisation :planning journalier des activités, matériel pour les patients et le personnel, messages de sensibilisation pour les patients et le personnel »**

A noter que le matériel d'hygiène est également inclus dans la check-list de la fiche n° 54. Les jobs descriptions du personnel en charge de l'hygiène sont inclus dans la fiche n°48.

¹³ La fermeture primaire différée est la fermeture d'une plaie pratiquée entre 3 à 7 jours (selon localisation de la plaie) après le traumatisme.

5.4. Le confort du patient et la prévention des embolies pulmonaires et escarres.

- N'oubliez jamais qu'un patient alité a tendance à perdre rapidement de la chaleur (*absence de mouvements musculaires, catabolisme, déshydratation, fièvre,...*) → Une couverture (*ou deux ou trois selon le climat et les besoins*) peut faire toute la différence.
- Si possible installez le patient (*à l'aide de coussins,...*) avec le haut du corps légèrement relevé afin de faciliter la respiration.
- Une légère inclinaison de 15 à 20% du pied du lit¹⁴ afin de surélever les jambes facilitera le retour veineux ce qui diminue le risque d'embolie pulmonaire (*les chirurgies orthopédiques et les alitements de longue durée, soit de plus de 5 jours, sont considérés comme les facteurs principaux favorisant l'apparition d'embolies*).
- Rien de tel qu'un lit, des vêtements ou un pansement mouillé pour développer des escarres. Il est impératif que le patient reste sec (*draps, vêtements, pansements*) !
- Rien de tel aussi que l'immobilité, il faut donc dès que possible mobiliser le patient (*voir, à ce sujet, le chapitre 8 : « Physiothérapie »*).

5.5. L'alimentation

Il ne faut pas oublier de nourrir les patients, y compris les patients qui sont dans l'impossibilité de s'alimenter eux-même.

→ Voir à ce sujet le chapitre 6 « Nutrition » et la fiche 31 : « Nutrition blessés : besoins énergétiques – diètes nutritionnelles – stock d'urgence – personnel ».

5.6. Séparation des patients

Par sexe : Il est évident qu'il faut hospitaliser les hommes et les femmes dans des services séparés. Si cela n'est pas possible, il faut toutefois assurer l'intimité et la dignité des patients en utilisant des paravents « fait maison » par exemple.

Par statut : Tout blessé a droit à recevoir des soins médicaux. Vous risquez donc de devoir prendre en charge des civils mais aussi des militaires, des rebelles¹⁵,...Or il est délicat voire dangereux de faire cohabiter ces différentes populations. Il faut donc absolument les séparer et ne pas oublier d'avoir un bon service de sécurité pour éviter les incidents.

Attention : il n'est pas toujours facile pour nous de pouvoir faire la distinction entre un militaire de l'armée régulière et un rebelle (*même type d'uniforme,...*). N'hésitez pas à faire appel à votre staff, il pourra vous donner de précieux conseils.

A noter aussi que votre staff peut avoir des difficultés à accepter la présence de rebelles et/ou militaires considérés comme la « source de tous les maux », les « ennemis du peuple »,... Il est donc important de sensibiliser votre personnel au droit humanitaire.

5.7. La famille des patients

Dans beaucoup de pays, les proches des patients trouvent naturel de séjourner eux aussi à l'hôpital. Ceci sera d'autant plus vrai en situation de conflit où l'hôpital sera perçu comme le

¹⁴ Il suffit de glisser une brique sous chaque pied de lit, ou une palette,... veillez à ce que votre montage soit bien stable, il serait en effet malheureux que votre patient tombe du lit !

¹⁵ En principe les militaires seront pris en charge dans des hôpitaux militaires. Il en va de même pour les rebelles qui seront en principe hospitalisés dans les hôpitaux militaires en tant que « prisonniers de guerre », dans une aile séparée et, idéalement, sous supervision du CICR. Mais s'il n'y a pas d'hôpital militaire dans la région ou si l'hôpital militaire est débordé, vous serez amené à les prendre en charge le temps qu'ils puissent être transférés vers une structure plus adéquate.

dernier refuge offrant une certaine sécurité (*dans certains cas, même le staff de l'hôpital voudra y abriter leurs familles*).

Or si les proches sont très utiles, et même indispensables, pour prendre soin de leurs patients (*hygiène, alimentation, mobilisation, soutien moral,...*), ils peuvent aussi rapidement devenir envahissants (*sans compter que plus il y a de monde, plus il est difficile de maintenir une bonne hygiène et plus le risque d'infections croisées augmente*).

Il faudra donc veiller à :

- Limiter le nombre d'accompagnant à 1 seule personne/patient
- Avertir les familles que, même si elles jouent le rôle « d'assistant-infirmier », il leur sera demandé de quitter le service pendant la visite du médecin ou lors des soins.
- S'il n'est vraiment pas possible de limiter le nombre d'accompagnants, prévoir un lieu, séparé de l'hospitalisation, où ceux-ci séjourneront.
- Avoir un ou plusieurs gardes pouvant contenir les familles, avec tact et diplomatie.

5.8. La sortie des patients

Quand le patient pourra-t-il sortir ?

C'est le chirurgien qui décide de la sortie d'un patient, qui signe la fiche de sortie et qui indique clairement les traitements à prendre à domicile ainsi que les dates de consultation de suivi. Attention : il est important de s'assurer que le patient ait bien compris les prescriptions et recommandations ! (*Combien de patients sont restés des mois avec des points de suture ou des plâtres, non parce qu'ils ne pouvaient revenir à l'hôpital pour des raisons d'accessibilité géographique ou de sécurité, mais parce qu'ils n'avaient pas compris le message initial !*).

En principe, les patients devraient sortir lorsque les plaies sont complètement cicatrisées, les points de suture et plâtres retirés,... Toutefois, si l'hôpital se trouve débordé en raison d'une arrivée massive de blessés, on sera amené à faire sortir prématurément certains patients afin de ménager de la place.

Que le patient soit totalement guéri ou non, il faudra, avant de le faire sortir, se poser les questions suivantes :

Où ira-t-il ?	<ul style="list-style-type: none">- A-t-il un endroit où se loger ?- Son logement est-il accessible ?- A-t-il besoin du soutien de sa famille, et si oui sa famille est-elle présente ?
Comment sortira-t-il ?	<ul style="list-style-type: none">- A-t-il un moyen de transport ou de l'argent pour payer le transport ?- A-t-il des vêtements convenables ?
Comment le suivi médical sera-t-il assuré ?	<ul style="list-style-type: none">- Le patient a-t-il accès à l'hôpital ?- Est-il suffisamment mobile pour se rendre à l'hôpital ?- Le suivi peut-il être assuré adéquatement dans une autre structure médicale ?

Fiche de sortie

A sa sortie, le patient doit recevoir une fiche qui servira à retrouver son dossier, à vérifier que les traitements prescrits à la sortie ont été bien suivis et à planifier et noter les traitements ultérieurs. Il est important que le patient comprenne bien l'utilité de la fiche et que sans celle-ci il ne pourra être suivi correctement.

→ **Fiche n°29 : « Fiche de sortie »**

Certificat médical

Le certificat médical est une obligation pour le clinicien

- *Dans les situations où la maladie, la blessure ou la mort découlent d'un acte délictueux ou criminel (viol, torture, coups et blessures, mauvais traitement, mutilation), le médecin a l'obligation d'établir un certificat médical individuel et confidentiel au profit de la victime ou de ses ayants droit.*

Il est un droit pour la victime

- *Il est souvent la seule « preuve » que possède la victime sur les violences dont elle a souffert. Il est nécessaire pour que la victime puisse faire valoir ses droits devant une juridiction nationale ou internationale et il peut l'aider à obtenir le statut de réfugié, celui d'handicapé ou de victime de guerre.*

La rédaction du certificat médical prend du temps et crée une contrainte supplémentaire dans l'accomplissement de la mission humanitaire. De plus, de nombreux médecins ne sont pas habitués à effectuer ces formalités. En conséquence divers arguments sont régulièrement présentés pour justifier le fait de ne pas établir de tels certificats au profit des victimes

→ **Fiche n°30 : « De la nécessité d'établir un certificat médical + Exemple de certificat médical »**

6. Nutrition

Si les patients ne s'alimentent pas correctement, leurs blessures ne guérissent pas.

Les patients qui ont subi une intervention majeure en raison de la gravité de leurs blessures, les grands brûlés et ceux qui font des complications risquent de perdre du poids rapidement, et si l'on n'y remédie pas, leur convalescence sera plus lente et plus difficile.

6.1. Quel type d'apport nutritionnel ?

Les traumatismes subis et les interventions chirurgicales modifient la physiologie de la nutrition : le métabolisme passe par trois phases qui nécessitent chacune des apports nutritionnels spécifiques.

- Phase 1 : La phase de « ralentissement », commence immédiatement après le traumatisme et ne dure pas plus de 6 à 18h, même en cas de traumatisme grave.
Pas d'alimentation très énergétique durant cette phase - Alimentation liquide, entérale ou régime léger
- Phase 2 : La phase de « redémarrage », peut durer jusqu'à 5 jours après une intervention mineure ou beaucoup plus longtemps (des mois) s'il y a des complications
Alimentation très énergétique indispensable – Perte de protéines musculaires et donc perte de poids parfois très rapide
- Phase 3 : La phase de « reconstruction » qui commence lorsque les blessures sont refermées et que la cicatrisation des fractures ou des brûlures est amorcée.
Le patient reprend du poids

Les besoins énergétiques varieront selon la gravité de l'atteinte et l'âge du patient : de 2200 à 4400 Kcal/jour pour un adulte et de 90 à 180 Kcal/Kg/jour pour un enfant

6.2. Diète nutritionnelle

Que les patients soient pris en charge (*par l'hôpital, la famille*) ou non, il faudra prévoir des diètes nutritionnelles pour tous.

- Patients pris en charge par l'hôpital ou la famille → supplément nutritionnel
- Patients pas pris en charge → apport nutritionnel complet

Ceci représentera une charge de travail importante à ne pas négliger, et il faudra prévoir une équipe spécifique pour s'acquitter de cette tâche.

La situation sera particulièrement complexe lorsque les marchés ne fonctionnent plus (*en raison de l'insécurité ou suite à leur destruction par un tremblement de terre ou un tsunami, par ex.*), rendant l'approvisionnement en denrées particulièrement difficile, voire impossible.

Dans ce type de situation, il sera indispensable d'avoir un stock d'urgence composé de nourriture spécialisée pour faire face à un nombre de blessés X (*nombre à déterminer lors de l'élaboration du plan de préparation à l'urgence*) pendant 3 à 5 jours.

A noter que, dans ce type de situation, il faudra également prévoir la nourriture pour le personnel qui ne pourra pas nécessairement rentrer chez lui pour prendre ses repas, et pour les accompagnants (*on essaiera de limiter le nombre d'accompagnants, mais ce ne sera pas toujours possible parce qu'une fois qu'ils seront aux portes de l'hôpital il sera parfois impossible de les renvoyer chez eux si l'insécurité dans la ville ou la région est importante*).

→ **Fiche n°31 : « Nutrition Blessés : Besoins énergétiques - Diètes nutritionnelles - Stock d'urgence - Personnel »**

7. Soutien Psychologique

**Ne pas oublier que tous les blessés,
y compris les blessés considérés comme mineurs, ont subi un traumatisme**

Souvent aussi, dans les situations de conflit ou de catastrophe, les personnes qui les entourent (*famille, amis,...*) ont également subi un traumatisme. Et cela peut aussi être le cas de votre personnel national, du personnel du ministère de la santé,...

→ **Fiche n°32 : « Facteurs traumatisants lors des catastrophes naturelles et lors des conflits armés »**

7.1. Objectifs

- Réduire l'état de stress pendant la phase aiguë afin de prévenir l'apparition de troubles psychopathologiques
- Aider les personnes à surmonter l'évènement traumatique
- Aider les personnes qui ne parviennent pas à surmonter leurs expériences traumatiques ou leurs problèmes psychosociaux

Dans les situations de crise, la majorité de la population concernée présente des symptômes de stress. Cela ne signifie pas que tout le monde est « traumatisé », mais plutôt que chacun doit retrouver son équilibre psychologique.

Ces symptômes sont considérés comme normaux au regard de ce qui a été vécu. Ils seront plus ou moins intenses et plus ou moins persistants selon le type d'évènement auquel la personne a été confrontée, les caractéristiques de la personne confrontée à l'évènement traumatique ainsi que les caractéristiques du milieu de récupération (*famille, ami, groupe social*).

- Fiche n°33 : « Le trauma : qu'est-ce que c'est »
- Fiche n°34 : « Les réactions face à l'évènement traumatique »
- Fiche n°35 : « Facteurs impliqués dans les réactions traumatiques »

7.2. Intervention

L'intervention sera basée sur les besoins des victimes, besoins qui évolueront au fil du temps. Elle doit commencer dès les premières minutes de l'arrivée des blessés et ce, qu'il y ait ou non un psychologue dans l'équipe. En effet, toute personne impliquée dans les soins aux blessés, peut par son attitude et par la manière dont les soins seront administrés, influencer de manière positive l'évolution psychologique des blessés.

→ Fiche n°36 : «Le soutien psychologique immédiat – attitudes aidantes »

- Recruter du personnel
- Former le personnel
- Soutenir le personnel
- Soutenir l'entourage
- Organiser les soins et le suivi post-urgence

7.2.1. Recruter du personnel

- Comme dit ci-dessus, toute personne impliquée dans les soins aux blessés a un rôle à jouer. Toutefois, si en plus on peut disposer de personnel spécialisé, ce sera évidemment l'idéal. Celui-ci pourra alors assurer la formation du personnel médical et paramédical et aussi aider plus spécifiquement les personnes qui n'arrivent pas à surmonter leur expérience traumatique.
Une liste de personnel appelable en cas d'urgence aura été établie lors de la préparation aux urgences (*psychologues/assistants sociaux,... travaillant en privé ou dans d'autres structures de santé, personnel d'autres ONG locales ou internationales, élèves des écoles de psychologie,...*).
- Veillez à recruter¹⁶ du personnel médical et paramédical masculin **et** féminin, étant donné que pour certaines personnes il n'est pas possible d'exprimer leurs sentiments à une personne du sexe opposé. (*La plupart de nos contextes d'opération sont marqués par un accès moindre à l'éducation des filles. Aussi le réflexe naturel en terme de recrutement est de pourvoir les postes qualifiés – et souvent aussi non qualifiés – par des hommes.*)

7.2.2. Former le personnel

- Informer le personnel (*du gardien jusqu'au chirurgien*) sur les réactions psychologiques et/ou psychosomatiques possibles après un évènement traumatique et sur les attitudes qui peuvent influencer favorablement l'évolution psychologique des blessés.
- Insister auprès de tous sur l'importance de la qualité de l'accueil et de l'attention accordée. Chaque patient a en effet besoin de se sentir écouté...et quelques minutes de plus font la différence (*souvent, en situation d'urgence, on a tendance à courir dans tous les sens pour parer au plus pressé, oubliant parfois que les besoins psychologiques font aussi partie du « plus pressé »¹⁷*).
- Insister sur le fait que tous ont subi un traumatisme et qu'il ne faut donc pas renvoyer un blessé considéré comme « mineur » à la maison sans avoir vérifié son état de stress et ses capacités d'y faire face (*famille ou amis pour le soutenir,...*).

¹⁶ Souvent il s'agira d'avoir des listes de personnel disponible en cas d'urgence

¹⁷ Ainsi nous avons vu des patients amputés des deux jambes tenter de se laisser mourir (en refusant de boire et manger) parce que sans espoir par rapport à leur avenir

7.2.3. Soutenir le personnel

- N'oubliez pas que votre personnel fait partie de la population et peut donc aussi être affecté par ce qu'il se passe dans le pays/la région ou avoir subi des événements traumatiques.
- Ils peuvent aussi être soucieux pour leurs familles qui sont seules pendant qu'ils se trouvent à l'hôpital, qui sont peut-être elles-mêmes sans abri suite à la catastrophe,... : essayez d'adapter le temps de travail et/ou le nombre de personnel de telle manière qu'ils puissent aussi prendre soin de leurs familles.
- Dans le cadre de leur travail, ils seront aussi confrontés à des situations dramatiques (*blessés graves, mourants,...*) : ayez un lieu d'échange où vous pourrez entendre et prévoir les difficultés émotionnelles à effectuer le travail requis.

→ Voir aussi le point 11 « Personnel »

7.2.4. Soutenir l'entourage (famille, amis)

- Dans les premiers moments de l'urgence, les personnes qui accompagnent les blessés sont souvent une charge pour le personnel soignant qui ne sait déjà pas où donner de la tête et qui se passerait bien de toutes ces personnes « qui sont dans leurs pieds » et qui n'arrêtent pas de poser des questions, faire des commentaires,... Or l'entourage (*famille, amis,...*) a également besoin d'être soutenu. En effet, non seulement il est affecté par le fait qu'un membre de la famille ou un ami est blessé ; mais de plus il peut aussi avoir subi d'autres traumatismes (*perte ou disparition d'un membre de la famille, destruction de la maison,...*). Il est donc très important (*pour leur bien-être et pour le vôtre !*) d'avoir du personnel spécifiquement désigné pour accueillir les familles, les soutenir, répondre à leurs questions,... et de prévoir un endroit à cet effet.
- Dans certains cas, le patient sera décédé avant ou lors de son arrivée à l'hôpital ; un certain nombre de patients mourront également au cours de leur hospitalisation. Il faudra pouvoir annoncer le décès à la famille et prendre soin du corps en respectant les traditions culturelles. Il faudra aussi, dans la mesure du possible, prendre soin des corps « non accompagnés » de telle manière que ceux-ci puissent être rendus à leurs familles lorsque celles-ci se manifesteront.

→ Fiche 37 « Comment annoncer un décès »

→ Fiche 18 « Gestion des morts »

7.2.5. Organiser les soins et le suivi post-urgence

- Certains patients, et plus particulièrement les patients qui ne parviennent pas à surmonter leur expérience traumatique, nécessiteront des soins plus spécifiques et/ou un accompagnement bien au delà de l'urgence et de l'hospitalisation. Ceci pourra aussi être le cas de membres de l'entourage.
- Il est donc important de connaître les possibilités qui existent dans la région/pays où vous vous trouvez (*organisations locales ou internationales, services de prise en charge psychologique,...*) pour pouvoir les y référer.
- Comment évaluer si les services offerts par une organisation sont adéquats ? Il est évidemment difficile d'évaluer la qualité des entretiens et/ou thérapies offerts. On peut toutefois vérifier quelques éléments tels que formation de l'équipe, méthodes utilisées,... ainsi que vérifier auprès d'autres acteurs présents et reconnus quelle est la crédibilité de cette organisation ou de ce service.

→ Fiche 38 « Grille d'évaluation des organisations offrant un suivi psychosocial »

8. Physiothérapie

La réadaptation physique des blessés de guerre ou de catastrophe est un élément crucial de leur prise en charge ; elle doit toujours être intégrée à la prise en charge chirurgicale et aux soins infirmiers. Malheureusement, cette activité est souvent négligée, surtout lors des situations d'urgence, par manque de personnel disponible et formé. Or les risques de complications sont nombreux et des techniques simples peuvent être appliquées par du personnel non spécialisé.

8.1. Objectifs

- Eviter les complications médicales liées à l'immobilisation
- Eviter les souffrances psychologiques liées à l'immobilisation
- Rendre un maximum d'autonomie aux patients handicapés des suites de leurs blessures

8.1.1. Complications médicales liées à l'immobilisation

- Cutanées (*escarres*)
- Respiratoires (*diminution de la capacité vitale, encombrement des poumons par des sécrétions, pneumonie hypostatique*)
- Cardiaques et vasculaires (*phlébite, thrombose, embolie pulmonaire*)
- Intestinales (*ralentissement du transit, constipation et risque de fécalome*)
- Osseuses (*déminéralisation, élimination accrue de calcium dans les urines augmentant le risque de calcul urinaire*)
- Locomotrice (*amyotrophies, rétractions musculaires, ankyloses articulaires,...*)

8.1.2. Souffrances psychologiques liées à l'immobilisation

Chaque personne a un vécu différent et les causes comme les modalités de l'immobilisation jouent un grand rôle. L'immobilisation en position allongée évoque l'image de la mort et simultanément renvoie vers des images de dépendance infantile. L'immobilité est aussi génératrice d'angoisse, d'anxiété, par l'état de dépendance et la crainte d'abandon qu'elle inclut. S'y ajoutent les difficultés à établir des contacts relationnels (*ne voir que le plafond ou les narines de ses interlocuteurs*), l'isolement sensoriel éventuel, la difficulté à se situer dans l'espace et le temps,...

8.1.3. Handicap des suites des blessures

Le risque le plus souvent rencontré est l'amputation d'un membre, mais nous pouvons être confrontés à d'autres handicaps tels que cécité (*par atteinte de l'œil nécessitant une énucléation*), surdité (*rupture du tympan suite à une explosion par ex.*), paralysie (*suite à un traumatisme cérébral ou cervical,...*),...

8.2. Intervention

- Recruter du personnel
- Former le personnel
- Avoir du matériel pré-positionné
- Organiser les soins et le suivi post-urgence

8.2.1. Recruter du personnel

- Physiothérapeutes/kinésithérapeutes : si vous avez la possibilité de recruter du personnel qualifié, c'est évidemment l'idéal. Une liste de personnel appelable en cas d'urgence aura été établie lors de la préparation aux urgences (*physiothérapeutes travaillant en privé ou dans d'autres structures de santé, personnel d'autres ONG locales ou internationales, élèves des écoles de physiothérapie*).

- Volontaires : lors de situations d'urgence, il est fréquent que des volontaires se présentent pour offrir leur aide. Selon leur degré de formation, ceux-ci peuvent être utiles pour diverses tâches et notamment pour mobiliser les patients en utilisant des techniques simples de physiothérapie.
- La famille : comme les volontaires, la famille peut aussi apprendre des techniques simples de physiothérapie et ainsi aider à la mobilisation des patients.

8.2.2. Former le personnel

Le personnel non qualifié devra recevoir une formation comprenant des exercices simples adaptés selon le type de patient. Il s'agira aussi de vérifier le degré de formation du personnel qualifié et si nécessaire de rafraîchir leurs connaissances.

- *Fiche n°39 : « Exercices de physiothérapie simples pour éviter les complications liées à l'immobilisation »*
- *Fiche n°40 : « Exercices et matériel de mobilisation pour personnes handicapées suite à leurs blessures »*

8.2.3. Avoir du matériel pré-positionné

Trop souvent on oublie de prévoir du matériel même simple comme des béquilles par exemple, et dans l'urgence il est parfois difficile de s'en procurer, c'est pourquoi nous conseillons vivement, dans les régions à risque de conflit et/ou catastrophe d'avoir un petit stock de ce type de matériel et/ou de savoir où vous pouvez vous en procurer rapidement et/ou d'avoir un modèle facilement réalisable par un artisan local.

- *Voir aussi le point 12 : « Matériel » et la fiche 40 « Exercices et matériel de mobilisation pour personnes handicapées suite à leurs blessures » où vous trouverez des modèles de matériel à réaliser localement.*

8.2.4. Organiser les soins et le suivi post-urgence

Certains patients, et plus particulièrement les patients handicapés suite à leurs blessures, nécessiteront des soins et un accompagnement bien au delà de l'urgence et de l'hospitalisation (*rééducation, prothèses,...*). Il est important de connaître les possibilités (*fonctionnement et conditions d'accès*¹⁸) qui existent dans la région/pays où vous vous trouvez (*organisations locales ou internationales, centres de rééducation et d'appareillage,...*) et ce non seulement pour pouvoir y référer les patients au terme de leur hospitalisation, mais aussi pour pouvoir les informer des possibilités existantes dès les premiers jours de leur hospitalisation. En effet, les patients, face à leur handicap, craignent pour leur avenir et certains ont même tendance à se laisser mourir (*par exemple en refusant de s'alimenter*) parce qu'ils ont perdu tout espoir de pouvoir mener une vie « normale ». Savoir qu'ils pourront être pris en charge à la sortie de l'hôpital et qu'ils pourront bénéficier d'une rééducation, d'un appareillage, ... leur donne des perspectives d'avenir qui bien souvent leur permet de retrouver l'envie de vivre.

Si cela est possible, n'hésitez pas à organiser une rencontre entre les blessés et des personnes travaillant dans ces centres de rééducation et/ou d'appareillage.

¹⁸ A savoir que dans certains cas, le CICR peut prendre en charge les frais de rééducation et d'appareillage des blessés reconnus comme étant des blessés de guerre dans des centres agréés. N'hésitez pas à vous renseigner auprès du CICR si celui-ci est présent.

9. Référence vers une structure hospitalière spécialisée pour des soins spécifiques ou une chirurgie secondaire et/ou reconstructrice

Souvent nous sommes amenés à travailler dans des « hôpitaux de campagne » installés pour l'urgence et dans l'urgence, ou dans des hôpitaux de province ou de district, peu équipés. C'est pourquoi nous sommes régulièrement confrontés à la nécessité de devoir transférer certains patients vers des structures pouvant offrir un autre niveau de soins.

9.1. Il faudra donc identifier un hôpital de référence pour :

- Prendre en charge des patients nécessitant :
 - Des soins spécifiques (*ex. dialyse*)
 - Une chirurgie secondaire
 - Une chirurgie reconstructrice (*ex. greffe de peau,...*)
- Poursuivre la prise en charge des patients dont l'état a été stabilisé dans un hôpital de campagne et qui nécessitent une hospitalisation au long cours.
(N.B. S'il n'existe pas de structure pouvant offrir un niveau de soin adéquat où les patients nécessitant une prise en charge au long cours pourront être hospitalisés, la solution du village médical sera envisagée – Voir « Où intervenir – point 3 »).

Pour cela, il sera nécessaire de connaître les différentes structures existantes et leurs capacités techniques. Ceci aura été fait, idéalement, lors de la préparation à l'urgence.

→ *Fiche n°1 « Evaluation d'une structure de santé »*

9.2. Accords de collaboration avec la/les structure(s) de référence

Il est évident qu'on ne peut pas envoyer de patients vers une structure de santé sans qu'il y ait accord de collaboration avec cette structure.

Il faudra notamment déterminer :

- Quels sont les actes et soins qui pourront être entrepris directement et quels sont ceux qui devront recevoir l'approbation du responsable médical MSF avant d'être entrepris (*nous avons déjà reçu des factures avec des soins de massage qui n'étaient absolument pas nécessaires... Il ne faut pas être trop naïf, parfois ce n'est pas tant l'intérêt du patient mais bien l'intérêt financier de la structure qui prime !*)
- Quelles seront les modalités de la collaboration médicale entre la structure de santé et MSF et obtenir :
 - L'autorisation de suivi du patient référé par un membre du personnel MSF.
 - Une concertation entre le médecin référant MSF et le médecin de l'hôpital en cas de problème.
 - La rédaction et transmission au médecin MSF d'un rapport d'hospitalisation à la sortie du patient.
- Qu'est-ce que l'hôpital ne peut pas prendre en charge (*si l'hôpital est en rupture de médicaments, de compresses,... il vaut mieux qu'il nous en informe tout de suite... ?*)
- Les modalités financières : qu'est-ce que MSF va payer (*pour les actes techniques, pour l'hospitalisation, pour les médicaments,...- normalement, dans les systèmes de recouvrement des coûts, il existe un tarif officiel pour chaque type d'activité*) ; quand et comment sera établie la facture ? Et insister sur le fait qu'en aucun cas il ne peut être demandé au patient de payer pour quoi que ce soit ! En cas de quelconque problème ou question, l'hôpital se référera au responsable MSF.

9.3. Quels patients seront transférés ?

Il s'agira de définir des critères permettant de décider si un patient doit être transféré ou non. Ces critères seront variables selon les contextes et seront notamment fonction de :

- Besoins non couverts auxquels il peut être répondu adéquatement (*plateau technique adapté, qualité des soins pré et post-op,...*) dans une structure de référence et dont la prise en charge représente un réel gain pour les patients.
- Faisabilité de la référence (*accord de collaboration possible, transfert possible,...*)

9.4. Comment les patients vont-ils être transférés vers cette structure ?

9.4.1. Très pratiquement, comment va-t-on transférer les patients ?

- A-t-on une ambulance adaptée pour les longs trajets ?
- Y-a-t-il une organisation qui peut les transporter par avion (*CICR, UNHCR,...*) ?
- Combien cela va-t-il coûter ?
- Faut-il un staff médical qui accompagne les patients dans l'avion ?
- Les organisations en question acceptent-elles également de convoier les accompagnants ?
- Qui va transporter le patient de la piste d'atterrissage jusqu'à l'hôpital ?

Autant de questions auxquelles il faudra avoir des réponses avant de transférer le premier patient.

9.4.2. Document de référence

Un document de référence type devra être établi pour chaque transfert de patient vers une structure de santé.

→ Fiche n°42 : «Exemple de document de référence »

9.5. Suivi des patients référés

Même si le plateau technique correspond aux besoins, souvent il n'en est pas de même pour tout ce qui entoure les actes techniques et notamment les soins post-opératoires. De plus, même s'il existe un accord de collaboration avec la structure de référence, il arrive parfois (*voire souvent...*) que les accords ne soient pas tout à fait respectés... ceci sera surtout le cas dans les structures de santé habituées au système de « recouvrement des coûts » qui auront tendance à limiter, voire négliger les soins des patients « non payants » (*bien qu'en fait ils soient payants puisque MSF les prend en charge et paie donc la facture d'hospitalisation*). Ainsi, par ex. les pansements ne seront pas renouvelés à heure et à temps (*les compresses étant manifestement souvent une denrée rare !*),....

C'est pourquoi bien souvent il sera nécessaire d'avoir une personne qui puisse suivre les patients référés si possible quotidiennement.

Il ne faudra pas non plus oublier que, dans beaucoup de structures de santé, l'hygiène et l'alimentation du patient ne sont pas pris en charge par l'hôpital et qu'il faut donc nécessairement un accompagnant auprès du patient (*un membre de la famille*). Et si ceux-ci n'ont pas de moyens financiers, ce qui sera souvent le cas.... il faudra aussi prévoir un « per diem » ou une ration alimentaire pour que les patients et les accompagnants puissent s'alimenter.

9.6. Sortie des patients référés

Dans un certain nombre de cas il faudra aussi prendre soin des patients à leur sortie de l'hôpital.

- Organiser le retour chez eux (*surtout s'ils ont été référés dans une structure en dehors de leur ville ou village*), ou vers un camp de réfugiés/déplacés.
- S'assurer qu'ils pourront recevoir les soins nécessaires et les examens médicaux de suivi nécessaires après l'hospitalisation.

Partie 2 – Moyens à mettre en oeuvre

10. Infrastructure

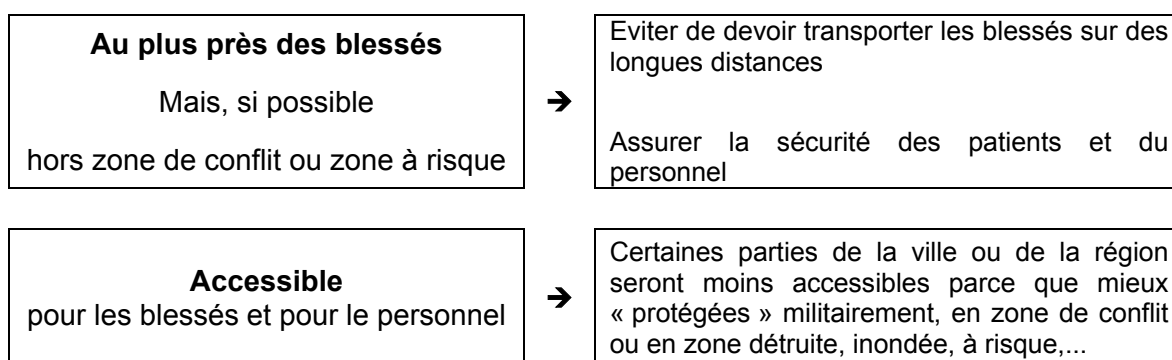
10.1. Quelle structure médicale

Tout endroit qui pourra être utilisé et/ou aménagé pour accueillir un afflux de blessés. Il s'agira, par ordre de priorité de :

- Un hôpital existant (*MSF ou non*)
- Un centre de santé existant
- Un hôpital de campagne installé pour l'urgence
 - dans un bâtiment existant (*bureau, maison ou entrepôt MSF, autre bâtiment en dur,...*)
 - dans des éléments spécialement prévus et/ou équipés pour l'urgence (*tentes, bateau-hôpital, containers,...*)

10. 2. Choix de la structure

10.2.1. Localisation



Idéalement, le choix des structures possibles aura été fait lors du plan de préparation à l'urgence en fonction de :

- Le/les scénarios ¹⁹, et plus particulièrement :
 - Où l'évènement risque-t-il de se produire ? (*dans le bush, dans la ville,...*)
 - Quels sont les lieux qui seront encore accessibles pour les blessés et pour le personnel et quels sont ceux qui seront le plus à risque ? (*parce que cibles potentielles des assaillants : installations militaires, installations gouvernementales, certains quartiers ciblés en raison de leur coloration ethnique, aéroport, radio-télévision,...* , voies d'entrée/sortie des assaillants, zones les plus à risque en cas de catastrophe naturelle : glissement de terrain, écroulement de bâtiments,...)
- Les structures de santé existantes ainsi que les autres possibilités envisageables (*hôpital de campagne, évacuation vers la capitale,...*).

Attention : Il faut envisager plusieurs scénarios et donc **avoir plusieurs options de structure de santé à utiliser car la situation peut se développer de manière inattendue** (*l'hôpital dans lequel vous aviez prévu de travailler est tout à fait inaccessible la ligne de front s'étant déplacée pour finalement se situer entre vous et l'hôpital ou, à l'inverse, les rebelles ont été stoppés à l'entrée de la ville et l'hôpital central qui se situait, selon votre scénario, dans la zone à risque, est en fait accessible,..la*

¹⁹ Voir aussi, au sujet des scénarios, le Mémento « Préparation aux Urgences »

route s'est effondrée lors d'une seconde vague du tremblement de terre et il n'y a plus aucun accès vers la structure choisie,....)

A cet effet, lors de la préparation aux urgences on aura dressé un plan de la ville ou de la région en localisant sur ce plan les principales structures de santé existantes et autres bâtiments aménageables en hôpital de campagne (ou terrains disponibles pour installer un hôpital de campagne) ainsi que les principaux lieux stratégiques en cas de conflit (palais présidentiel, siège du gouvernement, garnisons militaires, voies d'accès,...) et zones le plus à risque en cas de catastrophe naturelle (bâtiments situés au pied d'une colline pouvant s'affaisser, zones les plus inondables,...)

10.2.2. Type de structure : Structure MSF versus Structure existante

Dans la mesure du possible, on privilégiera une structure existante, étant donné que c'est une structure lourde à mettre en place (importants besoins en ressources humaines et matérielles), **sauf si** l'évaluation de la structure existante n'est pas satisfaisante et il n'y a pas de réelle amélioration possible (difficultés d'accès, problème de sécurité, tensions ethniques, obstacles administratifs,...).

Plusieurs modes de collaboration sont possibles : soit MSF se charge de tout (de l'entrée des blessés jusqu'à leur sortie) le temps de l'urgence, soit MSF renforce et supervise le triage et la chirurgie et assure entièrement les soins post-opératoires, ou l'inverse,...

Dans tous les cas il faudra veiller à :

- Conclure un bon accord de collaboration (Attention, dans l'urgence, tout le monde est prêt à collaborer et donc à signer pratiquement n'importe quel accord de collaboration.... mais l'euphorie du début fait trop souvent rapidement place à la frustration et au mécontentement de part et d'autre. Pour éviter cela, il est **important de prendre le temps de discuter chaque point et être certain que chacun y trouve finalement son compte** avant de conclure un accord de collaboration).
- S'assurer que nous puissions garantir la qualité des soins (respect des protocoles, supervision de l'ensemble des soins,....)
- Préparer ensemble le plan catastrophe et faire un exercice de simulation
→ **Fiche n°43 : « Exemple d'exercice de simulation triage et premiers soins »**
- Et bien sûr renforcer la structure en fonction des résultats de l'évaluation (médicaments, équipement médical, équipement logistique, installations (latrines, douches, zone de déchets,...), tentes pour accroître la capacité d'hébergement, staff)

Si aucune structure ne remplit les critères (évaluation positive et collaboration possible), on optera pour une structure MSF c'est-à-dire un hôpital de campagne (Voir ci-dessous point 10.6).

10.2.3. Type de structure : Bâtiment

En situation de conflit :

- Privilégier les bâtiments en dur qui offrent une meilleure protection contre les balles perdues, éclats,...

En cas de catastrophe naturelle :

- Lors des tremblements de terre, on privilégiera les structures légères (tentes, containers,...) sauf s'il existe des bâtiments en dur répondant aux normes anti-sismique (ce qui est rarement le cas dans les contextes dans lesquels nous travaillons), et ce parce qu'il y a toujours des « after shock » après un tremblement de terre. Eviter aussi de placer vos structures près de bâtiments en dur qui pourraient s'effondrer (attention, les défauts structurels d'un bâtiment ne sont pas toujours visibles) ou de terrains qui pourraient glisser (terrains en pente, ravins,...).
- Lors d'inondations, choisir une structure ou en installer une en zone non inondable et à l'abri d'éventuels glissements de terrain. Si cela n'est vraiment pas possible parce qu'il

n'y a pas de zone non inondable suffisamment proche des victimes, on peut imaginer un bateau-dispensaire pour assurer les premiers soins et la stabilisation des blessés et/ou des bateaux-ambulance pour transporter ces patients vers un village médical ou un hôpital de référence !

→ **Fiche n°8 : « Risques post-catastrophes naturelles »**

10.3. Sécurisation de la structure

La structure doit garantir la sécurité des patients et du personnel.

→ **Fiche n°44 : « Check-list sécurité – Afflux de blessés »**

10.3.1. Sécurisation matérielle

- Protéger matériellement la structure contre les impacts de projectiles, les effets des explosions (*vitres volant en éclats,...*) (A noter que, en principe, elle doit se trouver hors zone de conflit...mais ceci n'est pas toujours possible, particulièrement lorsque le conflit se déroule en ville comme à Monrovia, N'Djaména, Conackry, ...et de plus, le conflit peut se déplacer !)
- Protéger la structure contre les intempéries (*inondations, ouragans : vents violents, pluies diluviennes,...*) et contre les risques liés aux after-shock (*tremblements de terre*).

→ **Fiche n°6 : « Sécurisation des bâtiments »**

→ **Fiche n°7 : « Mesures préventives dans les zones à risque de catastrophes naturelles »**

10.3.2. Identification de la structure

- Elle doit être connue et reconnue comme étant un hôpital :
 - Les parties au conflit et la population devront être informées de l'existence, la finalité et le statut indépendant de l'hôpital
- Elle doit être identifiée comme étant un établissement médical :
 - Présence de signes distinctifs de grande taille sur les murs extérieurs et sur les toits
 - Eclairage des signes distinctifs la nuit

10.3.3. Identifier le personnel

- Tout le personnel travaillant à l'hôpital doit être identifié (*brassard, dossard, veste,...* + pour le personnel MSF : *carte d'identité MSF et ordre de mission lors des déplacements*).

10.3.4. Sécurité des entrées de l'hôpital

- L'hôpital doit être sécurisé contre « l'afflux de visiteurs » et les intrusions de toutes sortes (*militaires, curieux,...*) :
 - Gardes à toutes les entrées et sorties (*comme il ne sera pas possible de contenir tout le monde à l'extérieur de l'hôpital, prévoir un lieu pour les « visiteurs » où ils pourront patienter, recevoir de l'information,...*).
 - Si possible, accès séparés pour les ambulances/véhicules, les blessés et le personnel
- Veiller à ce qu'il n'y ait pas d'armes qui entrent dans l'hôpital (*en situation de conflit, on aura, inévitablement, la présence de militaires et/ou rebelles qui se présenteront armés... prévoir un coffre à l'entrée où ils pourront déposer leurs armes déchargées*).

10.3.5. Sécurité à l'intérieur de l'hôpital

- Si possible, séparer les différentes populations : militaires/rebelles/civils. (*N.B. Les militaires devront être référés le plus rapidement possible vers un hôpital militaire*).

- Avoir des agents de sécurité qui circulent dans l'hôpital pour veiller à la sécurité en général (*intrus, armes, risque d'incendie,...*).

10.3.6. Mesures de sécurité « habituelles »

- Protection contre les incendies (*sigle « interdiction de fumer », stockage correct des produits dangereux, espace suffisant entre les tentes pour éviter une rapide propagation des incendies, matériel de lutte contre le feu,...*).

→ **Fiche n°6 : « Sécurisation des bâtiments »**

- Prévoyez un éclairage suffisant, tant pour les salles de travail que pour les voies d'accès (*couloirs, chemins menant d'une zone à l'autre de l'hôpital,...*), ainsi que les zones d'utilité publique (*latrines,...*).
- Veiller aussi à ce qu'il n'y ait pas d'obstacles pouvant entraîner des chutes (*trous, cordes de tentes ou matériel au milieu du chemin,...*)... : pensez aux brancardiers et aux éclopés... !
- Et n'oubliez pas les moyens de communication tant internes (*entre différents services à l'intérieur de l'hôpital*), qu'externes (*communication avec l'équipe de coordination, le siège,...*).

10.4. Plan de la structure

Il n'est pas possible de proposer un plan standard, celui-ci devant être établi en fonction de la structure utilisée. Dans cette structure il faudra identifier différentes zones pour :

- Entrer (*si possible entrées séparées pour les ambulances, les blessés ambulants, le personnel*)
- Trier
- Traiter (*premiers soins par catégorie*)
- Opérer (*salle d'opération, salle de réveil*)
- Réanimer (*salle de soins attentifs*)
- Stériliser
- Hospitaliser (*si nécessaire des espaces séparés pour militaires/rebelles/civils*)

Il faudra aussi penser à disposer de :

- Une morgue (*ou autre aménagement si nombre de morts important*)
- Un stock logistique
- Un stock médical
- Un stock nourriture
- Une cuisine (*alimentation des patients et du personnel*)
- Un bureau/salle de réunion pour le staff
- Une salle de repos pour le staff + logement si le staff ne peut pas sortir de la structure pour des raisons de sécurité.
- Une salle d'attente pour les familles

Sans oublier les aménagements liés à l'eau, l'hygiène et l'assainissement (*voir point 10.5. ci-dessous*).

→ **Fiche n°45 : « Recommandations pour la planification de votre structure »**

10.5. Equipement de la structure

10.5.1. Eau – Hygiène – Assainissement

Nous vous recommandons la lecture de la fiche ci-dessous.

→ **Fiche n°46 : « Besoins essentiels en eau et assainissement dans les structures de santé »**

Attention, en situation de conflit ou de catastrophe naturelle :

- Les installations peuvent avoir été endommagées voire totalement détruites
- Les sources d'eau peuvent avoir été contaminées (*parfois volontairement !*) ou avoir disparu (*tremblement de terre modifiant la géographie de la région*)
- L'accès aux infrastructures n'est parfois plus possible (*insécurité, routes coupées ou inondées,...*).

Et même si les installations d'origine (*latrines, douches, zone de déchet,...*) sont encore toutes fonctionnelles, lors d'un afflux de blessés, celles-ci seront soumises à un usage intensif pour lequel elles n'ont pas été prévues.

Or, il vous faudra :

- De l'eau, beaucoup d'eau ! (*100 litres par intervention chirurgicale, sans compter tout le reste : cuisine, buanderie, douches, entretien de tous les services,....*)
- Une hygiène impeccable à tous les niveaux (*comme dans tous les hôpitaux bien sûr, mais ici vous risquez d'avoir encore plus de travail parce qu'un afflux de blessés à vite fait de transformer vos zones de triage et de premiers soins en une marre de sang !*)
- Et vous allez aussi produire beaucoup de déchets (*de tous types mais notamment déchets organiques, les amputations étant malheureusement souvent monnaie courante en chirurgie de guerre*).

Il faudra donc :

- Lors de la préparation à l'urgence → prévoir du matériel EHA pour suppléer, voire remplacer les installations existantes.
- Lors de la phase d'alerte → préparer un stock de secours (réserve d'eau suffisante pour X²⁰ blessés pendant 3 à 5 jours).

10.5.2. Energie

Comme pour l'EHA, les équipements existants peuvent avoir été détériorés ou détruits. Il faudra donc prévoir le matériel et le carburant pour :

- Faire fonctionner les appareils nécessaires (*stérilisation, salle d'opération, chaîne de froid,... éventuellement radiologie*)
- Eclairer la structure la nuit : mesure de sécurité (*éclairer les signes protecteurs pour identifier l'hôpital – éclairer les voies d'accès et zones d'utilité publique pour éviter les chutes*), et mesure de réassurance pour les patients (*l'obscurité pouvant être source d'angoisse, surtout quand on vit dans la peur de mourir, ce qui peut être le cas pour des blessés de guerre*).

Si possible prévoyez une source d'énergie principale (*généralement électricité de ville ou générateur*) et une source d'énergie de secours (*panneaux solaires, ou au moins lampes solaires*).

N'oubliez pas que certains appareils peuvent fonctionner en 2 modes (*ex. stérilisateur/frigo pouvant fonctionner sur électricité ou gaz*) et prévoyez donc les deux types de carburant.

²⁰ Le nombre de blessés attendus est à déterminer lors de l'élaboration du plan de préparation à l'urgence et sera fonction du scénario mais aussi de la capacité de prise en charge (infrastructure, personnel et matériel).

Prévoyez aussi une source d'énergie pour les cuisines (*si l'électricité et/ou gaz sont limités, optez pour le bois ou charbon de bois afin de conserver les autres carburants pour les appareils médicaux*).

10.5.3. Matériel

N.B. Ce point est détaillé au chapitre 12 .

Lits ou pas lits ?

Dans la mesure du possible la structure sera équipée de lits qui sont plus confortables pour les patients et pour le personnel et qui facilite aussi l'entretien des salles. Ceux-ci ne sont toutefois pas indispensables (*à l'impossible nul n'est tenu !*) et les patients peuvent être allongés sur des matelas (*recouverts de plastique, et avec suffisamment de coussins pour améliorer le confort*) posés à même le sol, sauf si :

- Ils ont un membre sous traction
- Ils sont équipés de drains ou sondes

→ Il faudra donc, dans tous les cas, avoir un nombre suffisant de lits en stock.

10.6. Hôpital de campagne

10.6.1. Hôpital de campagne

- Structure médicale provisoire mise en place en cas de catastrophe ou à proximité d'une zone de combat, qui peut être déployée rapidement afin de répondre aux besoins urgents pour une période de temps limitée.

On optera pour un hôpital de campagne lorsque :

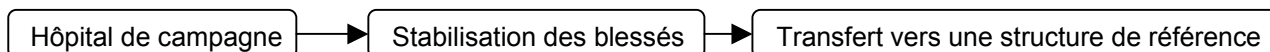
- Il n'y a pas de structure médicale existante suffisamment proche des blessés (*le lieu du conflit ou de la catastrophe étant éloigné de toute structure médicale existante*)

OU

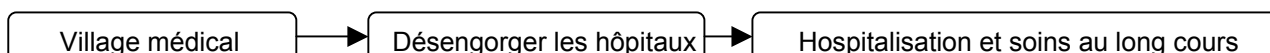
- Les structures médicales existantes ne sont pas accessibles (*elles ont été fortement endommagées, elles sont dans la zone de conflit, elles n'ont pas la confiance de la population pour des raisons historiques, politiques, ethniques,...*).

10.6.2. Hôpital de campagne - Village médical

Il ne faut pas confondre ces deux entités qui, même si elles sont souvent proches l'une de l'autre, répondent à des besoins différents.



→ A noter que, dans certains cas, le transfert vers une structure de référence ne sera pas possible soit parce qu'il n'y en a pas, soit parce qu'elles ne sont pas accessibles. Dans ce cas on pourra transférer les patients qui nécessitent des soins au long cours vers un village médical.



→ Pour plus de détails sur le village médical, voir p. 18 et fiche n°14.

10.6.3. Où installer l'hôpital de campagne ?

Souvent lorsqu'on parle d'hôpital de campagne on pense aux bureaux, maisons ou compounds MSF. Si ceux-ci peuvent effectivement être aménagés de la sorte (*ex. Monrovia*), ils ne doivent pas être la seule solution envisagée. En effet, s'ils offrent certains avantages (*infrastructures généralement bien aménagées eau, électricité, ... dans certains cas stocks sur place, ...*) ils sont aussi souvent localisés dans des endroits moins accessibles pour la population : quartier des ambassades, proximité de l'aéroport, ... lieux qui risquent d'être, en cas de conflit, des zones très militarisées.

→ Voir aussi 10.2.1. « Localisation »

10.6.4. Comment installer un hôpital de campagne ?

Toutes les recommandations du chapitre « Infrastructure » sont également adaptées à l'hôpital de campagne.

- Soyez particulièrement vigilant à bien identifier cette structure, celle-ci, contrairement à une structure existante, n'étant pas encore connue comme étant un hôpital !
- Et il n'est sans doute pas inutile de rappeler que devoir installer un hôpital de campagne dans l'urgence sans s'être préparé à l'urgence peut tourner au cauchemar et avoir bien sûr des conséquences sur la rapidité et l'efficacité de l'intervention et donc le nombre de vies qui pourront être sauvées !

11. Personnel

11.1 Déterminer les besoins en ressources humaines

Avant toute chose, il faut déterminer les besoins et pour cela :

- Faire la liste des activités à mettre en oeuvre
- Définir les tâches à accomplir pour chaque activité
- Identifier les différentes catégories de personnel nécessaire pour exécuter ces tâches

Exemple

Activité Triage		
Tâches	Catégorie de personnel	Nombre
Garder l'entrée	Gardien	4
Enregistrer les blessés entrant	Enregistreur	2
Déshabiller les blessés	Aide-Infirmier	2
Trier les blessés	Médecin	1
Faire les premiers soins d'urgence	Infirmier	2
Transporter les patients vers les salles de soins, le bloc op.,...	Brancardier	8
Nettoyer la salle de triage	Nettoyeur	2
Réapprovisionner les malles triage	Magasinier	1

Pour vous faciliter la tâche, nous avons détaillé les activités, tâches et catégories de personnel de l'entrée des blessés jusqu'à leur sortie de l'hôpital. Vous devrez bien évidemment adapter ces tableaux à votre contexte (*en fonction des activités que vous prendrez en charge – par ex. prise en charge du triage et premiers soins uniquement, les soins chirurgicaux et post-opératoires étant pris en charge par un hôpital du Ministère de la Santé -, en fonction du type de personnel dont vous pourrez disposer, en fonction du nombre de patients attendus, ...*).

→ Fiche n°47 : « Activités, tâches et besoins en personnel – de l'entrée jusqu'à la sortie des blessés »

Ensuite vous pourrez rédiger les **job-descriptions** pour chaque catégorie de personnel. Et bien sûr, pour vous faciliter la tâche, nous avons préparé des job-descriptions standards que vous pourrez si nécessaire adapter à votre contexte.

→ Fiche n°48 : « Job-descriptions »

11.2 Difficultés spécifiques liées aux situations de conflit et de catastrophe.

Pendre en charge un afflux de blessés nécessite beaucoup de personnel (*médical et non-médical*), et ce plus particulièrement dans les situations de conflit et de catastrophe où les difficultés logistiques viennent s'ajouter à la difficulté du travail médical (*structures de santé endommagées, fourniture en eau et électricité perturbée, plus de circuit d'approvisionnement suite à la fermeture des marchés,...*).

Or, que ce soit en situation de conflit ou de catastrophe, le personnel habituel ne sera pas nécessairement disponible. Il peut en effet :

- Avoir fui la zone de conflit ou de catastrophe (*pour mettre sa famille à l'abri, vivre dans de meilleures conditions,...*)
- Ne pas avoir accès à l'hôpital ou aux structures de santé (*parce que la ville est coupée en deux par la ligne de front, ou un tremblement de terre a détruit les routes d'accès,...*)
- Etre victime du conflit ou de la catastrophe (*lui-même ou un membre de son entourage est blessé ou décédé*)
- Pas disponible parce qu'il doit s'occuper de sa famille (*la protéger en situation de conflit, veiller à ce qu'elle puisse se reloger en situation de catastrophe,...*)
- Trop perturbé par les événements pour pouvoir travailler,....

Aménagements

Pour parer à cette situation, il faudra pouvoir faire des aménagements par rapport à la pratique habituelle. Voici quelques idées...

Difficulté d'accès à l'hôpital	Aller chercher le personnel à domicile (<i>pour autant que la sécurité le permette et que vous sachiez exactement où trouver le personnel</i> ²¹)
Le personnel a la volonté de venir travailler mais n'est pas en état de travailler à temps plein (<i>trop perturbé, doit aussi avoir du temps pour s'occuper de sa famille,...</i>)	Augmenter le nombre de personnel pour pouvoir diminuer les heures et/ou jours de travail par personne
Pas suffisamment de personnel disponible :	

²¹ Donc, dans le cadre de la préparation aux urgences, vous aurez relevé les adresses précises et vérifié les trajets menant au domicile de votre personnel national. Pour ne pas devoir circuler dans toute la ville, vous aurez aussi prévu des lieux de regroupement par quartier ou région en cas de situation tendue. Et, si possible vous aurez établi un moyen de communication entre vous et ces lieux de regroupement (ex. des radios disposées chez du personnel national clé).

Le plan catastrophe doit prévoir une liste de personnel appelable en cas d'urgence	<ul style="list-style-type: none"> - Rappel des personnes qui ne sont pas en service - Personnel MSF travaillant dans d'autres régions du pays - Personnel MSF d'autres sections - Ex-personnel MSF licencié suite à une réduction d'activité - Personnel d'autres structures de santé ne fonctionnant pas en situation d'urgence - Personnel d'ONG locales ou internationales - Etudiants des écoles de médecine, nursing, physiothérapie, psychologie,...
--	--

D'autre part, vous serez confrontés, surtout lors des catastrophes naturelles, à de nombreux volontaires se présentant spontanément pour participer aux opérations de secours. Bien que ce ne soit pas le meilleur moment pour initier des néophytes au fonctionnement de l'hôpital, il est parfois difficile de refuser et même si ceux-ci ne sont pas nécessairement formés ou qualifiés, il y a de nombreuses tâches indispensables qu'ils pourront exécuter (*porter des civières, nettoyer la zone de triage, préparer les repas pour le personnel,...*).

Nombreux volontaires	Avoir 1 personne qui sera en charge de « recruter » et orienter ces volontaires selon leurs qualifications, disponibilité,...
----------------------	---

Et bien sûr, recruter du personnel....

S'il n'y a pas de personnel disponible sur place, vous pourrez faire venir du personnel d'une zone non affectée (*mais attention : logistique importante parce qu'il faudra les prendre en charge comme un expatrié : logement, nourriture,...*)

11.3 Gestion du personnel

Comme dans tout projet, une bonne gestion du personnel est fondamentale, et ce d'autant plus que celui-ci sera soumis à un travail difficile, intense et très stressant.

On insistera tout particulièrement sur :

11.3.1. Le soutien face aux difficultés émotionnelles à effectuer le travail requis

Dans des conditions particulièrement stressantes, un soutien rapproché du personnel peut être nécessaire. Attention, ceci concerne tout le personnel, qu'il soit expatrié ou national, qu'il soit gardien ou chirurgien...

En effet, les chirurgiens peuvent aussi être fatigués et tomber malades, ou avoir parfois peur, ce qui les empêche de travailler normalement. Des problèmes culturels peuvent aussi accroître la frustration en empêchant le chirurgien de faire face à ce qui lui semble le plus indiqué pour le patient. Ainsi, dans certains pays, une amputation ou une laparotomie n'est possible qu'avec le consentement de la famille et il est dur de voir un jeune homme mourir simplement parce que les gestes chirurgicaux nécessaires n'ont pas pu être pratiqués.

Les gardiens sont eux soumis à une forte pression de la famille, des amis, des visiteurs...qui veulent absolument entrer dans l'hôpital et qui peuvent parfois faire preuve d'agressivité parce que stressés. Il faut pouvoir les contenir tout en les rassurant et les orienter vers la salle d'attente aménagée pour eux.

11.3.2. Des conditions de travail adéquates pour chaque travailleur

- Eviter des horaires trop lourds car le risque que le personnel soit rapidement « burned out » est élevé. Lors d'un afflux de blessés, bien souvent les premières 24h seront particulièrement chargées et les équipes réduites (*peu de personnel ayant pu arriver jusqu'à*

l'hôpital) a tel point que celles-ci devront souvent travailler bien au-delà des heures normales de travail. Il faut donc, dès le début, prévoir de remplacer ces équipes le plus rapidement possible et ensuite (*lorsque plus de personnel sera disponible*) instituer un plan précis de roulement des équipes.

- Imposer le respect des horaires de repos : il arrive bien souvent, en urgence, que le personnel veuille travailler au delà des horaires de travail pour continuer à apporter assistance aux victimes. S'il y a suffisamment de personnel, et donc que cela n'est pas indispensable, il faut imposer au personnel de se reposer pour ne pas être complètement burned out après quelques jours.
- Imposer 1 jour de repos par semaine au moins.
- Veiller à fournir du matériel approprié et plus particulièrement du matériel de protection (*gants, bottes, tabliers,...*). On veillera aussi à vacciner le personnel au minimum contre le tétanos et l'hépatite B²² (*idéalement ceci sera fait dans le cadre de la préparation à l'urgence pour le personnel habituel, mais il faudra aussi veiller à vacciner le personnel recruté pour cette urgence*).
- En situation de conflit, il est possible que le personnel soit obligé de loger à l'hôpital, la sécurité ne permettant pas des allées et venues entre leur domicile et l'hôpital. Il faudra donc prévoir un endroit où le personnel pourra se reposer (*annexe de l'hôpital, tentes dans l'enceinte de l'hôpital,...*). Lors des catastrophes naturelles, il peut arriver que le personnel n'ait plus d'endroit où loger parce que leurs maisons ont été détruites par la catastrophe. Il faudra veiller à leur procurer le plus rapidement possible un abri décent.
- Il faut aussi prévoir de la nourriture et des boissons pour que le personnel puisse régulièrement se restaurer et donc « recharger ses batteries ».

11.3.3. Des réunions régulières

Il faut trouver le temps d'avoir une réunion avec le personnel au moins une fois par semaine dans le but d'échanger les informations, donner un feed-back sur les activités en cours et entendre les difficultés rencontrées par les différentes catégories de personnel afin de pouvoir si possible y remédier.

11.3.4. La sécurité

- Il faut être conscient que dans certaines circonstances, le personnel national peut être exposé à des risques plus importants que le personnel expatrié. Il peut aussi être soumis à des pressions plus importantes (*par exemple pression d'un représentant local pour qu'un membre de sa famille soit traité en priorité alors qu'il n'est pas prioritaire médicalement*). Si tel est le cas, il faut éviter de placer le personnel national dans des positions qui les exposeront à ces risques et plutôt mettre du personnel expatrié en « première ligne ».
- Identification du personnel : on veillera à fournir du matériel d'identification à tout le personnel (*vestes, dossards ou brassards,...*) et, pour le personnel sous contrat MSF : carte d'identité MSF + ordre de mission (*lors de déplacements*).

11.3.5. Sans oublier le b-a-b-a

- Expliquer ce qu'est MSF (*la charte, traduite dans la langue locale*) : on veillera tout particulièrement à ce que les notions de neutralité et impartialité soient bien comprises.
- Job-descriptions : chaque membre du personnel doit avoir un job-description et il faut veiller à ce que chacun sache exactement ce qu'on attend de lui.
- Organigramme : un organigramme permet à chacun de s'y retrouver dans la structure et aussi de savoir à qui s'adresser en cas de difficulté.

²² Et aussi contre toute autre pathologie à risque dans ce contexte et à cette période de l'année (*méningite, typhoïde,...*).

- Gestion administrative du personnel (*horaire de travail, congés, type de contrat, échelle salariale, règlement du travail*) dans le respect du « minimum social package » ou « charte de l'employeur éthique » signée par MSF (*voir fiche 49*). Dans la première phase de l'urgence, l'administrateur n'aura peut-être pas le temps de briefier en détail tout le personnel nouvellement recruté (*il y a d'ailleurs des risques, en situation de conflit, que l'administrateur ait été évacué !*)²³, et le personnel n'aura pas nécessairement le temps de lire tout le règlement du travail... il peut donc être utile d'avoir une feuille mémo précisant les principaux points du règlement du travail (*horaires, jours de repos, mode et date de paiement,...*).
- Formation permanente sur le terrain et supervision rapprochée : pas toujours facile à réaliser dans la première phase de l'urgence, mais à mettre en place dès que possible. Par ailleurs, si vous êtes dans une région à risque de ce type d'urgence, vous pouvez aussi organiser des formations avant que le risque ne se produise, dans le cadre de la préparation à l'urgence. Et si vous prévoyez de travailler en collaboration avec une structure de santé existante, n'hésitez pas à inclure le personnel de cette structure de santé dans la formation en faisant également, si possible, un exercice de simulation.

→ *Fiche n°49 : « Administrative package : Charte MSF dans différentes langues, Minimum Social Package, Carte d'Identité MSF, Ordre de mission »*

→ *Fiche n°50 : « Exemple d'organigramme pour la prise en charge d'un afflux de blessés »*

Voir aussi, pour toutes les questions administratives : « Kit Admin RH – Juin 2007 »

11.4 Equilibre des sexes

Veiller à recruter du personnel masculin et féminin, étant donné que pour certaines personnes il n'est pas possible d'exprimer leurs sentiments à une personne du sexe opposé, voire même, dans certaines cultures d'être examiné(e) par une personne du sexe opposé. (*La plupart de nos contextes d'opération sont marqués par un accès moindre à l'éducation des filles. Aussi, le réflexe naturel en terme de recrutement est de pourvoir les postes qualifiés – et souvent aussi non qualifiés – par des hommes !*).

11.5 Equilibre ethnique

Dans certains contextes, il peut être important de veiller à maintenir un équilibre entre les différents groupes ethniques représentés parmi le personnel et parmi les bénéficiaires.

²³ La « tradition » veut que le poste d'administrateur ne soit pas considéré comme un poste indispensable en cas d'urgence et que celui-ci fasse donc partie des personnes qui seront évacuées en premier lieu dès que la sécurité devient précaire. Nous pensons qu'il y a lieu de revoir ce « jugement », particulièrement dans ce type de situation (prise en charge d'un afflux de blessés) où le volume de personnel nécessaire est important par rapport aux nombres de bénéficiaires.

12. Matériel

12.1. Quel matériel

Nous avons rédigé des check-list reprenant tout le matériel (*médicaments, tests, réactifs, nourriture, fiches et registres, matériel médical et logistique*) dont vous aurez besoin.

Et les kits me direz-vous ? Attention, les kits sont utiles (*et ils sont inclus dans les check-list*), mais pas suffisants.

- **Fiche n°51 : « Triage et premiers soins : check-list médicaments, matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°52 : « Salle d'opération : chirurgie – anesthésie – stérilisation : check-list médicaments, matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°53 : « Transfusion et Laboratoire : check-list tests, réactifs, matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°54 : « Hospitalisation : check-list médicaments, matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°55 : « Nutrition : check-list nourriture, matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°56 : « Physiothérapie : check-list matériel médical et logistique »**
- **Fiche n°57 : « Sécurité et Identification bâtiments – véhicules – personnel : check-list matériel »**
- **Fiche n°58 : « Eau – Hygiène - Assainissement : check-list matériel »**

N.B. Pour le suivi des consommations pendant l'urgence, il est important que vous ayez un inventaire du stock initial, en ce inclus le contenu des kits. (*Cet inventaire sera d'une part sur fichier informatique, mais également sur fiches de stock rassemblées dans un classeur qui pourra être utilisé en cas d'urgence dès la première heure de distribution et évitera ainsi la « soupe » habituelle dans le suivi des consommations en début d'urgence*).

12.2. Stocker où et comment ?

12.2.1. Préparation à l'urgence

Dans le cadre de la préparation à l'urgence, vous aurez évalué s'il vous faut, ou non, un stock d'urgence pour ce type d'intervention²⁴. Si c'est le cas :

- Veillez à bien entreposer le matériel (*ceci n'est évidemment pas spécifique au matériel d'urgence, mais ce qui est spécifique à ce matériel c'est qu'il va peut-être « dormir » plus longtemps dans votre stock et à ce titre il est plus à risque que le matériel « tournant »*.)
- Veillez à bien identifier le stock d'urgence et à l'entreposer à l'écart du stock normal afin d'éviter que les autres projets n'y fassent leur « shopping » et que vous vous trouviez démunis au moment de l'urgence²⁵ !
- Vérifiez régulièrement l'état général et le fonctionnement du matériel technique (*déballer un bladder en pleine urgence et découvrir qu'il a été grignoté par les rats...c'est pas cool !*) et joignez une fiche au matériel mentionnant la dernière date de vérification et l'état du matériel²⁶.
- Mettez en place un système de suivi des produits (*médicaments, chlore,...*) en fonction des dates de péremption.

²⁴ Voir mémento « Préparation aux urgences » p.18

²⁵ Veillez toutefois à assurer un turn-over en fonction des dates d'expiration – Voir aussi, à ce sujet, mémento « Préparation aux Urgences » : Stocks.

²⁶ Evidemment, si le matériel est hors d'usage, soit il faut aussitôt le réparer, soit le sortir du stock !

12.2.2. Phase d'alerte

En phase d'alerte, c'est-à-dire lorsque le risque se précise au point qu'une intervention est probable dans les 2 à 3 semaines qui suivent, il faut envisager de rapprocher le stock de l'endroit où le personnel se trouve habituellement (*bureau ou maison MSF*). En effet, les stocks sont souvent éloignés des bureaux et/ou maisons MSF, or, lorsque le risque sera là il n'y aura peut-être plus d'accès à ces stocks et, de toute façon, il vaut mieux éviter les trajets inutiles en situation de conflit.

Pourquoi stocker le matériel près du personnel et non dans la structure de santé ?

Tout simplement parce qu'il est certain que vous aurez besoin du personnel pour utiliser le matériel (*l'un ne va pas sans l'autre*), par contre, selon l'évolution du conflit, il n'est pas certain que vous pourrez utiliser la structure de santé que vous aviez identifiée (*Ex. A Monrovia, un stock Eprep se trouvait à l'hôpital dans lequel MSF travaillait habituellement, mais le conflit a évolué en coupant la ville en deux : les équipes MSF d'un côté et l'hôpital de l'autre...ils ont donc installé un hôpital de campagne dans le compound MSF... heureusement, le stock « habituel » se trouvait dans ce compound*).

A noter qu'en phase de « pré-urgence » (*quand vos indicateurs et/ou flair vous font penser que le risque pourrait se produire incessamment sous peu...*) vous pourrez avoir pris la décision de déplacer le personnel et le matériel dans la structure de santé identifiée comme étant la plus adaptée et la mieux située pour intervenir.

Attention

**Dans vos kits vous avez plein de matériel médical ... mais inutilisable ...
En effet, celui-ci n'est pas stérilisé !**

C'est donc le moment de lancer une « campagne de stérilisation de masse » !²⁷

12.2.3. Urgence

A ce moment, le stock doit se trouver là où il sera utilisé (*structure de santé, hôpital de campagne,...*). En situation de conflit nous vous conseillons de déplacer un stock suffisant (*stock pour X blessés pendant X jours, la valeur des X étant à décider lors de la préparation à l'urgence*) de matériel utile pour ce type d'intervention parce qu'il se peut que vous soyez rapidement « bloqués » dans l'hôpital.

Sur place vous devrez avoir :

- Un stock médical
- Un stock logistique
- Un stock nourriture

Si ces 3 stocks sont réunis dans un même local (*parce qu'il n'y a pas d'autres locaux disponibles – ou parce que vous ne disposez pas de suffisamment de personnel pour vous permettre d'avoir 3 responsables de stock*), veillez à diviser ce local en 3 espaces distincts et surtout n'entreposez pas de produits dangereux (*carburant, chlore,...*) dans ce local.

Et dans votre stock vous devrez impérativement avoir un responsable de stock expérimenté pour :

- Fournir les différents services (*prévoyez de fournir un handset au responsable de stock pour qu'il puisse être en communication avec les différents services*).
- Suivre les consommations sur fiches de stock (*sur base de l'inventaire de départ, des entrées et des sorties vers les différents services*)

²⁷ Les articles restent stériles pendant 15 jours (*emballage papier crêpe – ou boîtes à 2 filtres*) ou 7 jours (*emballage tissu/kraft*) si les conditions de stockage sont correctes et si la qualité du papier est correcte. Voir à ce sujet : « Stérilisation – Aide à la mise en place de la stérilisation dans les structures de soins – Tome 1 Hôpital » – MSF 2006.

Pour le linge (*champs et habillements*) possibilité de commander du linge à usage unique déjà stérilisé avec péremption de la stérilisation après 5 ans.

- Avertir quotidiennement la coordination médicale des items qui ont atteint « la cote d'alerte » : cette cote d'alerte doit être fixée par le coordinateur médical et le responsable approvisionnement en fonction des délais d'approvisionnement et de la quantité nécessaire de chaque item pendant ce délai. *(Ex. pour l'item « compresses » : le délai d'approvisionnement est de 10 jours, sachant que vous devez traiter 50 blessés et que vous risquez pendant ces 10 jours d'en recevoir 20 de plus, combien de compresses devez vous avoir au minimum en stock pour ne pas être en rupture de stock ? Si vous répondez : 5.000 compresses, cela signifie que dès qu'il n'y a plus que 5.000 compresses en stock votre responsable de stock doit impérativement vous avertir et vous devez impérativement lancer une commande !.)*
- Veiller au bon entreposage des marchandises et au bon entretien du stock

Vous aurez aussi des pharmacies ou stock de détail au niveau de chaque service :

- Triage/Premiers Soins
- Chirurgie/Anesthésie/Stérilisation
- Hospitalisation
- Cuisine,...

Ces pharmacies/stock seront sous la responsabilité du chef de service qui devra veiller à ce qu'il y ait suffisamment de matériel pour pouvoir fonctionner au moins 24h *(des imprévus sont évidemment toujours possible, mais il faut éviter de devoir courir au stock central toutes les heures, et éviter qu'il n'y ait plus rien en stock en fin de journée, le personnel de nuit étant souvent en nombre plus limité).*

DROIT HUMANITAIRE

Attention

Ce chapitre n'est qu'une brève introduction au droit humanitaire. Il a pour objectif de vous sensibiliser à l'existence de ce droit et à son importance. Pour tout savoir, ou presque, sur le droit humanitaire, nous vous conseillons vivement la lecture du « Dictionnaire Pratique du Droit Humanitaire » de Françoise Bouchet-Saulnier.

1. Le Droit Humanitaire²⁸, c'est quoi ?

Le droit international humanitaire est un ensemble de règles qui ont pour objectif de limiter les effets des conflits armés :

- en protégeant les personnes qui ne participent pas ou plus aux combats
- en restreignant les moyens et méthodes de guerre.

Le droit international humanitaire est contenu dans divers traités et conventions dont les principaux sont :

- les quatre Conventions de Genève de 1949
- les deux protocoles additionnels aux Conventions de Genève de 1977.

Ceux-ci doivent être connus des organisations humanitaires car elles sont les seules à organiser, en droit et en pratique le rôle des organisations de secours au sein des conflits.

2. Dans quels cas le Droit Humanitaire s'applique-t-il ?

→ **Le droit humanitaire ne s'applique qu'en cas de conflit armé.**

Il connaît deux régimes de protection selon le type de conflit :

- **Les conflits armés internationaux** : Il s'agit de conflits armés qui opposent deux ou plusieurs Etats.
- **Le conflit armé non international** : Souvent appelé « guerre civile », le conflit armé non international est un conflit qui se déroule sur le territoire d'un Etat, entre ses forces armées et des forces armées dissidentes ou des groupes armés organisés qui, sous la conduite d'un commandement responsable, exercent sur une partie de son territoire un contrôle tel qu'il leur permet de mener des opérations militaires continues et concertées.

Un conflit armé peut « s'internationaliser » :

- lorsqu'un Etat étranger exerce un contrôle sur les combattants impliqués dans un conflit armé interne, ou qu'il joue un rôle dans l'organisation, la coordination, ou la planification des actions militaires à une partie dans un conflit interne,
- lorsqu'il y a implication sur le territoire d'une force multinationale de maintien de la paix.

Les règles qui couvrent les conflits internes sont moins élaborées que celles qui concernent les conflits armés internationaux. La difficulté de renforcer le régime de protection dans les conflits armés non internationaux s'explique par le fait que l'on se heurte au principe de la souveraineté de l'Etat.

²⁸ Les expressions « droit international humanitaire », droit des conflits armés » et « droit de la guerre » (pas « droit à la guerre !) peuvent être considérés comme équivalentes.

Il ne s'applique donc pas en cas de :

- **Troubles intérieurs ou tensions internes** : Les situations de troubles et tensions internes, comme les émeutes, les actes isolés et sporadiques de violence et autres actes analogues, ne sont pas considérés comme des conflits armés. Cependant, même dans ces situations, les principes de l'article 3 commun des Conventions de Genève, mais aussi les droits de l'homme indérogeables, restent applicables.

→ *Fiche n°59 : «Garanties fondamentales : Article 3 commun des Conventions de Genève et Droits de l'Homme indérogeables»*

- **Catastrophe naturelle** : Le droit humanitaire ne prévoit aucune protection juridique des individus dans ces situations. Au contraire, des pouvoirs étendus sont donnés aux autorités nationales pour faire face à la situation de catastrophe et un certain nombre de droits individuels peuvent même être momentanément suspendus.

Par contre, le droit humanitaire cherche à éviter que la guerre ne provoque des catastrophes naturelles. Il interdit des attaques sur l'environnement naturel, sur les biens essentiels à la survie de la population, ainsi que sur les installations et les ouvrages contenant des forces dangereuses (*barrages, installations chimiques, nucléaires,...*). Ces attaques, de nature à provoquer des catastrophes de grande ampleur et des déplacements de population, constituent des crimes de guerre.

- **« Crise » ou « Catastrophe humanitaire »** : Ces appellations sont des termes non juridiques utilisés de bonne ou de mauvaise foi pour décrire une situation de souffrance sans se prononcer sur ses causes. Ils décrivent une situation sans créer de droit au profit des victimes ni des organisations de secours. Il faut donc éviter l'utilisation de ces termes quand un terme plus précis peut être utilisé.

Attention : Le droit humanitaire n'est qu'une des branches du droit international. D'autres branches du droit international telles que le droit des réfugiés et les droits de l'homme peuvent être pertinentes pour l'action humanitaire, que ce soit en situation de conflit ou non.

3. Qui est lié par les Conventions de Genève ?

Seuls les Etats peuvent adhérer à des traités internationaux et donc aux Conventions de Genève et à leurs Protocoles additionnels (*194 Etats sont Parties aux Conventions de Genève, soit la quasi-totalité d'entre eux*).

Toutefois, **toutes les parties à un conflit armé, que ce soit des Etats ou des acteurs non étatiques, sont liés par le droit international humanitaire**, les 4 Conventions de Genève ayant acquis une valeur coutumière.²⁹

4. Quelles protections sont prévues pour les blessés, le personnel médical et les structures sanitaires ?

La protection et les soins qui doivent être apportés aux malades et aux blessés constituent une clé du traitement humain des individus en temps de guerre comme en temps de paix, et est une des activités les plus anciennes prévues par le droit humanitaire³⁰.

Les dispositions concernant la protection pour les blessés et malades, le personnel sanitaire, les unités sanitaires, les moyens de transport sanitaire et le matériel sanitaire, sont regroupées sous le titre de « mission médicale ».

²⁹ En droit international, la coutume s'impose aux Etats dans les mêmes conditions que les conventions auxquelles ils sont parties.

³⁰ C'est pour réglementer le sort et les soins des blessés et morts laissés sur le champ de bataille qu'Henri Dunant a créé le premier Comité de la Croix-Rouge.

Les principes généraux de protection de la mission médicale sont :

- Assurer la protection des blessés et malades en toutes circonstances
- Assurer le fonctionnement des services sanitaires (*l'expression « service sanitaire » désigne l'ensemble constitué par le personnel sanitaire, les unités sanitaires et les transports sanitaires*).
- Rechercher et soigner les blessés malades
- Offrir des mesures spéciales de protection dans certaines situations telles que les territoires occupés, les prisons ou les lieux d'internement pour résister aux risques spécifiques qui pèsent tant sur la personne du malade que sur celle du soignant.
- Renforcer la capacité de résistance de l'éthique médicale dans les situations de conflit
- Sanctionner l'obligation de soigner les blessés et les malades et de respecter la déontologie de ces actes médicaux (*le non respect de ces obligations constitue une infraction grave aux conventions, c'est-à-dire des crimes de guerre*).

→ **Fiche n°60 : «Mission médicale : protections pour les blessés et malades, personnel sanitaire, unités sanitaires, moyens de transport sanitaire et matériel sanitaire»**

5. Qui est considéré comme blessé ou malade ?

Toutes personnes, militaires ou civiles, qui, en raison d'un traumatisme, d'une maladie ou d'autres incapacités ou troubles physiques ou mentaux, ont besoin de soins médicaux et qui s'abstiennent de tout acte d'hostilité.

N.B. Dans un souci de protection, les femmes enceintes ou en couches, les nouveau-nés et les invalides sont assimilés aux blessés et malades par le droit humanitaire.

Qu'en est-il des combattants ?

Dans l'hypothèse d'un combattant blessé ou malade, sa qualité de malade prime sur celle de combattant, aussi longtemps que la blessure ou la maladie le met hors d'état de combattre. Il peut **ensuite** devenir prisonnier de guerre.

Attention : il arrive que les autorités militaires viennent « chercher » des rebelles se trouvant dans une structure médicale neutre. Que faire ? Ce cas est abordé en détail dans la fiche n°61.

→ **Fiche n°61 : «Que faire face à la « réquisition » par les autorités militaires de « combattants » blessés hospitalisés dans votre structure.**

Ordre de priorité

Le principe général du droit humanitaire veut que les malades et blessés soient traités en toute circonstance avec humanité et qu'ils reçoivent, dans toute la mesure du possible et dans les délais les plus brefs et sans discrimination, les soins médicaux qu'exige leur état. Aucune distinction fondée sur des critères autres que médicaux ne sera faite entre eux.

6. Utilisation du sigle Croix-Rouge/Croissant Rouge/Cristal Rouge ³¹



³¹ Le 8 décembre 2005, le **crystal rouge** a été adopté lors de la signature du troisième Protocole additionnel aux Conventions de Genève de 1949 par 98 États (27 contre et 10 abstentions). Ce nouvel emblème pourra être utilisé par toute composante du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge qui, pour des raisons culturelles ou opérationnelles, préfère ne pas utiliser le croissant ou la croix.

Signe indicatif

L'usage de l'emblème à titre indicatif, en temps de paix et en temps de guerre, montre qu'une personne ou un bien a un lien avec le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

Pour éviter les confusions avec le signe protecteur, le signe indicatif doit être de petites dimensions et ne doit pas être apposé sur un brassard, sur un toit,...

Signe protecteur

L'usage de l'emblème à titre protecteur est la manifestation visible de la protection accordée par le droit humanitaire aux services sanitaires, installations, personnel et matériel en temps de guerre.

L'usage du signe protecteur n'appartient donc pas au mouvement de la Croix-Rouge, mais peut être utilisé par d'autres organisations pour protéger des activités sanitaires.

N.B. Afin de jouer son rôle de protection, le signe protecteur doit être de grande dimension par rapport à l'objet auquel il s'applique : vastes croix ou croissants sur le toit d'un hôpital, dossard et brassard pour une personne,....

7. Mandats Croix-Rouge/Croissant-Rouge

Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

Les sociétés nationales sont auxiliaires sanitaires des pouvoirs publics. En temps de paix, elles peuvent constituer un réseau de santé civile. En période de conflit armé, elles sont auxiliaires du service sanitaire des armées : leur personnel est « soumis aux lois et règlements militaires ».

- Les sociétés nationales de la Croix-Rouge ne sont pas reconnues par le droit humanitaire comme un intermédiaire humanitaire neutre et indépendant pendant un conflit.

Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge

La Fédération met en oeuvre les principes de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge dans les situations non couvertes par le droit humanitaire et le mandat spécifique du CICR.

Elle coordonne les activités d'urgence auxquelles plusieurs sociétés nationales participent et leur fournit un support opérationnel. Elle exécute aussi directement certains projets de secours aux victimes de désastres.

- La Fédération est compétente en temps de paix ou de catastrophes naturelles.

Le Comité International de la Croix-Rouge – CICR

La mission du CICR est expressément définie par les Conventions de Genève. Au terme de ces conventions, les États parties lui ont reconnu la qualité d'intermédiaire neutre et impartial dans les conflits armés, chargé de défendre les droits des victimes militaires et civiles dans les conflits armés.

Parmi les droits et obligations prévus pour assurer le secours et la protection des victimes de guerre, certains sont réservés à l'activité du seul CICR (*mandat exclusif : visite des lieux d'internement, contrôle de l'application des conventions, recherche des disparus et échange de courrier*), alors que d'autres sont prévus au profit du CICR et de toute autre organisation humanitaire impartiale (*mandat humanitaire général*).

- Le CICR intervient dans toutes les situations de conflit armé pour assurer le secours et la protection des victimes de guerre.

COLLECTE DES DONNEES

1. Objectif

Dans tous les cas, et donc également en situation d'urgence, il est indispensable de récolter des données afin de :

1.1. Evaluer le programme mis en place : est-ce que le programme répond aux objectifs que nous nous étions fixés ?

- L'accès et l'utilisation du service : Est-ce que les victimes de violences ou de catastrophe ont accès au service et est-ce qu'elles l'utilisent ?
- L'offre de service : Est-ce que le programme peut répondre aux besoins (*avons-nous la capacité de répondre adéquatement à toutes les victimes qui se présentent*) ? Est-ce que tout se déroule tel que prévu (*les ressources humaines et matérielles nécessaires sont là, les protocoles sont reconnus et acceptés, ...*) ?
- L'impact : le programme mis en place a-t-il un impact sur la santé des victimes ?

1.2. Evaluer la qualité du service offert : est-ce que nous fournissons des bons soins ?

- Qualité de l'input : les ressources adéquates sont disponibles
- Qualité du déroulement des activités : Les patients sont triés rapidement et correctement, ils reçoivent des premiers soins adéquats, ...
- Qualité des résultats : Les patients traités sont en bonne santé.

1.3. Surveiller la situation en matière de violences ou de catastrophe

- Type et cause de violence et/ou traumatisme, nombre de cas, nombre de civils touchés,...

Il ne faut pas se contenter de récolter des données (*pour remplir votre sitrep, faire plaisir à votre comed,...*), il faut aussi et surtout **analyser ces données**, c'est-à-dire se poser des questions pertinentes à partir des résultats obtenus.

Ainsi, par ex. si peu ou pas de victimes se présentent, alors que vous savez pertinemment qu'il y a un nombre important de victimes, peut-être y-a-t-il un problème d'accès (géographique ou sécuritaire). Si seulement une partie des victimes se présentent, peut-être la structure de santé est-elle identifiée par une partie de la population comme « non neutre » (pour des raisons historiques, confessionnelles, ethniques,...),...

En fonction des données récoltées et de l'analyse de ces données, il faudra **identifier les mesures correctrices à mettre en place** (*meilleure formation du personnel, amélioration de l'accès,...*).

2. Quelles données récoltées ?

Attention

Avant de récolter des données, il faut fixer des définitions claires et précises de ces données.

2.1. Données quantitatives - Indicateurs

Avant de commencer à récolter des données, il faut :

- Identifier les indicateurs du programme c'est-à-dire ceux que vous voulez et pouvez évaluer.

2.2. Données qualitatives

A tout moment vous pourrez également récolter des données qualitatives à l'aide des dossiers médicaux en fonction de ce que vous voudrez évaluer.

Ainsi, afin d'évaluer systématiquement l'application des protocoles médicaux, il faut analyser régulièrement, et de façon aléatoire, un échantillon de dossiers médicaux et comparer la prise en charge reçue avec celle que les patients auraient du recevoir.

Pour vous aider à déterminer les indicateurs objectivement vérifiables et les données supplémentaires que vous pourriez récolter, vous trouverez, à la fiche 62, un « cadre logique » basé sur ce memento.

→ *Fiche n°62 : «Cadre logique Prise en charge d'un Afflux de Blessés »*

3. Comment récolter les données

3.1. Document de récolte des données

Il ne faut pas multiplier le nombre de documents à remplir → Les données seront donc récoltées à partir des documents existants qui doivent nécessairement contenir toutes les informations utiles.:

- registre triage et premiers soins
- registre bloc opératoire
- registre hospitalisation
- dossiers patients.

3.2. Qui va récolter les données ?

Il faut identifier clairement qui aura la responsabilité de s'assurer que les registres soient bien remplis. Le registre du bloc opératoire sera tout naturellement rempli par le chirurgien ou l'anesthésiste après l'intervention. Le registre d'hospitalisation pourra être rempli par le chirurgien lors de sa visite ou par le responsable du service d'hospitalisation,...

Les personnes en charge de la tenue des registres devront avoir reçu une information suffisante sur la façon de remplir les registres : pourquoi, quand, la signification de chaque colonne.

4. Encodage des données

L'encodage des données se fera via l'outil standard : « MSF-OCB – 2007 Data Collection » disponible sur CD.

A noter que si la collecte des données via les registres, doit se faire même pendant l'urgence, il est bien évident que l'encodage pourra se faire lorsque le « coup de feu » sera passé.

TEMOIGNAGE

Le témoignage **fait partie intégrante de notre action humanitaire médicale**. Il a pour objectif de faire connaître les souffrances des populations pour lesquelles nous travaillons afin que leurs conditions de vie soient améliorées et que leurs droits soient respectés.

Notre témoignage se basera sur :

- Ce que nous voyons et entendons dans notre travail de proximité avec les populations
- Les données médicales que nous récoltons et qui démontrent les conséquences des crises sur la santé des populations.

Notre témoignage pourra prendre plusieurs formes selon :

- La nature et l'importance des faits
 - Le contexte dans lequel ces faits ont lieu
 - Les actions d'assistance et de protection déjà entreprises ou non.
- Notre première action sera d'informer les organisations en charge de l'assistance et/ou de la protection afin que celles-ci prennent des mesures appropriées et/ou renforcées d'assistance et/ou de protection.
- Si ces organisations n'agissent pas ou pas suffisamment, ce sera alors le rôle du Chef de Mission et/ou de la Cellule de faire pression sur ces organisations afin qu'elles fassent preuve de plus d'efficacité dans l'accomplissement de leur mandat.
- Si la violence est utilisée comme arme de guerre et/ou pour terroriser les populations civiles, une politique de témoignage pertinente devra être mise au point le plus rapidement possible par le Chef de Mission et la Cellule.

→ **Voir aussi : « Bearing Witness : Strategies and Risks – The Basic Collection N°2 »**

REFERENCES

Sécurité

SECURITE DES IMMEUBLES – BUILDING SAFETY AND SECURITY
MSF 1996

MANUEL DE SECURITE SUR LES MINES TERRESTRES ET LES DEBRIS EXPLOSIFS DE
GUERRE
LANDMINES AND EXPLOSIVE REMNANTS OF WAR : SAFETY HANDBOOK
UNMAS – CARE 2005

Organisation hôpital

LES HOPITAUX POUR BLESSES DE GUERRE : Guide Pratique pour la Mise en Place et le
Fonctionnement d'un Hôpital Chirurgical dans une zone de Conflit Armé.
CICR – 1998

HOSPITAL FOR WAR WOUNDED : A Practical Guide for Setting up and Running a Surgical
Hospital in an Area of Armed Conflict.
ICRC - 2005

Village médical

WATER AND SANTIATION FOR DISABLED PEOPLE, and other vulnerable groups
Designing services to improve accessibility
H. Jones – B. Reed – Water, Engineering and Development Centre – Loughborough University
2005

L'ENFANT HANDICAPE AU VILLAGE
Guide à l'usage des agents de santé, des agents de réadaptation, et des familles
D. WEINER – Handicap International - 1988

Premiers soins et Chirurgie

MEDECINE DE CATASTROPHE
R. Notto – P. Huguenard – A. Larcen
MASSON - 1994

LA CHIRURGIE DES BLESSES DE GUERRE
D.Dufour
CICR – 3^{ème} révision – 1998

SURGERY FOR VICTIMS OF WAR
ICRC –1998

BLESSURES DE GUERRE : PRINCIPES DE PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE : Principes
et pratiques de la prise en charge chirurgicale des plaies produites par des missiles ou des
explosions.
CICR – 1994

CARE IN THE FIELD FOR VICTIMS OF WEAPONS OF WAR
ICRC - 2001

FIRST AID IN ARMED CONFLICTS AND OTHER SITUATIONS OF VIOLENCE
ICRC - 2006

PRIMARY TRAUMA CARE
Douglas A. Wilkinson and Marcus W. Skinner
Version française - 2001
English version - 2000

CHIRURGIE A L'HOPITAL DE DISTRICT : Obstétrique, Gynécologie, Orthopédie,
Traumatologie
OMS - 1993
SURGICAL CARE AT THE DISTRICT HOSPITAL
WHO - 2003

Stérilisation

STERILISATION : Aide à la mise en place de la stérilisation dans les structures de soins
Tome 1 – Hôpital
MSF - 2006

Transfusion

CLINICAL USE OF BLOOD HANDBOOK
WHO – 2001

LABORATORY BLOOD TRANSFUSION GUIDELINES
MSF – Laboratory Working Group – 2007 - Draft

Soins infirmiers

SOINS INFIRMIERS : Manuel pour les missions MSF
MSF – 2007

INFECTION CONTROL IN PRECARIOUS SITUATION
MSF – 2005

Gestion des morts

MANAGEMENT OF DEAD BODIES AFTER DISASTERS : A field manual for first responders
PAHO – WHO – ICRC – IFRC - 2006

Santé mentale

LE TRAUMA : Guide de Prise en Charge Psychosociale
MSF/B – 2004

MENTAL HEALTH : Guidelines – A Handbook for Implementing Mental Health Programmes in
Areas of Mass Violence
MSF/H - 2005

Ressources humaines

KIT ADMIN – CD
MSF - 2007

Droit humanitaire

DICTIONNAIRE PRATIQUE DU DROIT HUMANITAIRE
Françoise Bouchet-Saulnier
La Découverte – 3^{ème} édition - 2006

DROIT INTERNATIONAL HUMANITAIRE : Réponse à vos questions
CICR – www.cicr.org

LES CONVENTIONS DE GENEVE ET PROTOCOLES ADDITIONNELS
CICR

THE GENEVA CONVENTIONS and THE ADDITIONAL PROTOCOLS

Collecte des données

DATA COLLECTION

MSF – OCB - 2007

disponible sur CD auprès du département médical

Témoignage

BEARING WITNESS : STRATEGIES AND RISKS

Basics n°2 – MSF 2001

LISTE DES FICHES TECHNIQUES SUR LE CD

Quand intervenir

1. Evaluation d'une structure de santé
2. Type de blessés selon le type d'armes
3. Type de blessés selon le type de catastrophe naturelle
4. Comment se « bunkériser »
5. Mines, obus et objets non explosés
6. Sécurisation des bâtiments
7. Mesures préventives dans les zones à risque de catastrophes naturelles
8. Risques post-catastrophes naturelles

Où intervenir

9. Check-List Organisations de Secours
10. Instructions aux « ramasseurs » pour l'évacuation des blessés + Ressources humaines et Matériel nécessaire »
11. Premiers soins : les gestes qui sauvent – Immobilisation des fractures – Positions de confort + Ressources humaines et Matériel nécessaire »
12. Le Triage : Méthode, Catégories, Personnel, Infrastructure, Matériel
13. Comment transporter correctement les blessés
14. Installation d'un village médical

Objectif de l'intervention

Plan catastrophe

15. Plan catastrophe : check-list et exemple
16. Le circuit du patient : conseils et exemples
17. Le crush syndrome : spécificité et traitement
18. Gestion des morts

Premiers soins

19. Premiers soins : protocole par catégorie, personnel, fiche et registre, matériel.
20. Protocole antibiothérapie
21. Protocole traitement de la douleur
22. Protocole prévention tétanos
23. Protocole prise en charge des plaies, brûlures et fractures

Chirurgie d'urgence

24. Priorités chirurgicales
25. Protocole hygiène bloc opératoire

Soins post-opératoires

26. Soins infirmiers post-opératoires : fiche technique à l'attention du personnel médical
27. Dossier patient et Fiche de soins infirmiers – modèle MSF
28. Hygiène hospitalisation : planning journalier des activités, matériel pour les patients et le personnel, messages de sensibilisation pour les patients et le personnel »
29. Fiche de sortie
30. De la nécessité d'établir un certificat médical + Exemple de certificat médical

Nutrition

31. Nutrition blessés : Besoins énergétiques – Diètes nutritionnelles – Stock d'urgence – Personnel

Soutien psychologique

- 32. Facteurs traumatisants lors des catastrophes naturelles et lors des conflits armés
- 33. Le trauma : qu'est-ce que c'est ?
- 34. Les réactions face à l'évènement traumatique
- 35. Facteurs impliqués dans les réactions traumatiques
- 36. Le soutien psychologique immédiat – attitudes aidantes
- 37. Comment annoncer un décès
- 38. Grille d'évaluation des organisations offrant un suivi psychosocial

Physiothérapie

- 39. Exercices de physiothérapie simples pour éviter les complications liées à l'immobilisation
- 40. Exercices et matériel de mobilisation pour personnes handicapées suite à leurs blessures

Références

- 41. Exemple d'accord de collaboration entre une structure MSF et une structure de référence
- 42. Exemple de document de référence

Moyens à mettre en oeuvre

Infrastructure

- 43. Module de formation : 43a Présentation Power Point : Le plan catastrophe, le triage et les premiers soins + 43b Exercice de simulation triage et premiers soins
- 44. Check-list sécurité – afflux de blessés
- 45. Recommandations pour la planification de votre structure
- 46. Besoins essentiels en eau et assainissement dans les structures de santé

Personnel

- 47. Activités, tâches et besoins en personnel – de l'entrée jusqu'à la sortie des blessés
- 48. Job-descriptions
- 49. Administrative package
- 50. Exemple d'organigramme pour la prise en charge d'un afflux de blessés

Matériel

- 51. Triage et premiers soins : check-list médicaments, matériel médical et logistique
- 52. Salle d'opération : chirurgie – anesthésie – stérilisation : check-list médicaments, matériel médical et logistique
- 53. Transfusion et laboratoire : check-list tests, réactifs, matériel médical et logistique
- 54. Hospitalisation : check-list médicaments, matériel médical et logistique
- 55. Nutrition : check-list nourriture, matériel médical et logistique
- 56. Physiothérapie : check-list matériel médical et logistique
- 57. Sécurité et identification bâtiments – véhicules – personnel : check-list matériel
- 58. Eau – Hygiène - Assainissement : check-list matériel

Droit humanitaire

- 59. Garanties fondamentales : Article 3 commun des Conventions de Genève et Droits de l'homme indérogeables
- 60. Mission médicale : protections pour les blessés et malades, personnel sanitaire, unités sanitaires, moyens de transport sanitaire et matériel sanitaire.
- 61. Que faire face à la « réquisition » par les autorités militaires de « combattants » blessés hospitalisés dans votre structure

Collecte des données

- 62. Cadre logique Prise en Charge d'un Afflux de Blessés