



# DES STRUCTURES MÉDICALES PLUS SÛRES ET MIEUX PRÉPARÉES AUX CONFLITS ARMÉS ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE

**LES SOINS C'EST UNE  
DE SANTÉ QUESTION  
EN DE VIE  
DANGER OU DE MORT**



**CICR**



**CICR**

Comité international de la Croix-Rouge  
19, avenue de la Paix  
1202 Genève, Suisse  
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57  
Email: [shop@icrc.org](mailto:shop@icrc.org) [www.icrc.org](http://www.icrc.org)  
© CICR, octobre 2015

**DES STRUCTURES MÉDICALES  
PLUS SÛRES ET MIEUX PRÉPARÉES  
AUX CONFLITS ARMÉS ET AUTRES  
SITUATIONS D'URGENCE**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT-PROPOS</b>	<b>5</b>
<b>RÉSUMÉ</b>	<b>9</b>
<b>LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER</b>	<b>10</b>
<b>REMERCIEMENTS</b>	<b>12</b>
<b>1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE</b>	<b>15</b>
1.1 Le contexte	15
1.2 Les préceptes du droit	17
<b>2. PLANIFICATION ET ÉVALUATION</b>	<b>21</b>
2.1 Introduction	21
2.2 La planification d'urgence	21
2.3 Comprendre le contexte	21
2.4 Les niveaux de sécurité dans une structure médicale	22
2.5 La coordination	24
2.6 La sensibilisation	24
<b>3. SÉCURITÉ ET BIEN-ÊTRE DES PERSONNELS DE SANTÉ, DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES</b>	<b>29</b>
3.1 Introduction	29
3.2 Les conditions de travail	29
3.3 La composition du personnel	34
3.4 La préparation du personnel	34
3.5 La sécurité des patients	34
3.6 Les proches des patients	35
3.7 Les irruptions dans les structures médicales	35
3.8 Les communautés	37
3.9 Les relations avec les médias	37
<b>4. SÉCURITÉ DE L'INFRASTRUCTURE MÉDICALE</b>	<b>41</b>
4.1 Introduction	41
4.2 L'évaluation des risques	41
4.3 L'équilibre à trouver entre la sécurité physique, l'accès et l'image positive de la structure	41
4.4 L'évaluation du site	42
4.4.1 <i>Son emplacement</i>	42
4.4.2 <i>La distance de sécurité</i>	42
4.4.3 <i>La configuration de la structure</i>	43

4.5	L'organisation des bâtiments	44
4.6	Les accès et le contrôle des entrées	45
4.6.1	<i>La première ligne de protection : l'enceinte de clôture</i>	45
4.6.2	<i>L'entrée principale, le contrôle de sécurité et le triage</i>	46
4.6.3	<i>La deuxième ligne de protection, pour éviter les intrusions et les attaques dans les zones sensibles</i>	46
4.7	Des salles sécurisées	47
4.8	La structure des bâtiments	48
4.9	Les ouvertures	48
4.10	Le réseau de services publics (eau, électricité, assainissement)	49
4.11	L'autonomie	50
4.12	La maintenance	50
4.13	Les risques d'incendie	51
4.14	Les systèmes de communication	51
<b>5.</b>	<b>SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT</b>	<b>55</b>
5.1	Introduction	55
5.2	Les ressources humaines	55
5.3	Les systèmes d'information et de communication	55
5.4	Les ressources financières	56
5.5	La planification et la préparation	56
5.6	La sélection des articles	56
5.7	La prévision des besoins et le contrôle de l'inventaire	57
5.8	Le choix des fournisseurs	58
5.9	Le stockage	58
5.10	Le transport	59
<b>6.</b>	<b>DÉLOCALISATION TEMPORAIRE POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ</b>	<b>63</b>
6.1	Introduction	63
6.2	L'emplacement	63
6.3	Les services disponibles et le niveau de soins	64
6.4	La préparation au transfert	65
<b>7.</b>	<b>CONCLUSION</b>	<b>67</b>



R. García Vilanova/CICR



# AVANT-PROPOS

*Pascal Hundt, chef de la Division de l'assistance, Comité international de la Croix-Rouge*

Le respect et la protection des blessés et des malades ainsi que des personnels de santé, des structures médicales et des moyens de transport sanitaires sont au cœur du droit international humanitaire (DIH) depuis la première Convention de Genève de 1864. Aujourd'hui toutefois, différentes formes de violence continuent d'entraver et de menacer la fourniture des soins de santé dans de nombreux endroits du monde.

La violence peut perturber les services de santé au moment où ils sont plus que jamais nécessaires, et une seule attaque peut avoir des répercussions d'une extrême gravité. En situation de conflit par exemple, un acte de violence peut entraîner le départ des personnels de santé et la fermeture des structures médicales, privant ainsi la population de tout accès aux soins. La violence peut aussi avoir un impact sur des communautés entières quand il devient difficile de fournir même les soins essentiels ou de mener des activités de santé publique comme des campagnes de vaccination. Au vu du nombre de personnes qu'elle touche, la violence dirigée contre les soins de santé est un défi humanitaire majeur à l'heure actuelle.

Le principal objectif du projet «Les soins de santé en danger» est de formuler des recommandations pratiques visant à renforcer la sécurité des structures médicales. Appliquée aux soins de santé, la notion de sécurité doit être comprise dans un sens général. En effet, les recommandations faites dans la présente publication portent tant sur les structures et les fournitures médicales que sur les personnels de santé, les patients et leurs proches, autrement dit, sur tout ce qui est en rapport avec la fourniture des soins de santé et mérite protection en situation de conflit armé ou d'urgence. Appliquer des mesures de sécurité qui prennent en compte tous ces éléments permet d'une part de protéger les patients et de leur offrir des soins de qualité et, d'autre part, de respecter les personnels de santé qui doivent se sentir en sécurité au travail.

La présente publication ne reflète pas le point de vue d'une organisation en particulier mais résulte davantage d'une collaboration entre différentes organisations. Elle se fonde sur les recommandations d'experts qui se sont entretenus avec les représentants des prestataires de soins, les autorités nationales et les organisations nationales et internationales. En transmettant ces recommandations à nos partenaires sur le terrain, aux gouvernements et aux autres organisations, nous contribuons aux efforts qui visent à renforcer la sécurité des soins de santé.

Nous tenons à remercier les partenaires du projet «Les soins de santé en danger» pour leur contribution à ces travaux. Nous les encourageons vivement à promouvoir les messages véhiculés par ce projet et à appliquer les mesures pratiques visant à rendre plus sûre la fourniture des soins de santé.

**Éric de Roodenbeke, directeur général de la Fédération internationale des hôpitaux**

L'accès aux soins de santé est en tête de liste des objectifs de la communauté internationale. Assurer une couverture de soins universelle est l'une des priorités des objectifs de développement durable qui doivent être adoptés par les Nations Unies en 2015. S'il est communément accepté de considérer les soins de santé comme un droit humain fondamental au sein des Nations Unies, ce droit est loin d'être garanti en toutes circonstances. Nous avons à l'inverse constaté au cours des dix à quinze dernières années que les règles et les principes ancrés dans les Conventions de Genève sont de moins en moins respectés, une situation qui préoccupe grandement la communauté des soins de santé. De gros efforts devront être consentis pour inverser cette tendance.

C'est pour cette raison que la Fédération internationale des hôpitaux a décidé de soutenir le projet «Les soins de santé en danger» lancé par le Comité international de la Croix-Rouge (CICR). Elle s'emploie aussi à faire comprendre aux prestataires de santé qu'il est de leur responsabilité de prendre des mesures pour continuer à travailler même si les conditions sont difficiles pendant un conflit armé.

Il faut agir au plus vite dans le monde entier et accompagner les pays dans leur préparation en temps de paix. Nous constatons une recrudescence des actes de violence au quotidien et des irruptions dans les structures médicales, de la part de personnes qui veulent se faire soigner et de leurs proches mais aussi des forces de l'ordre poussées parfois par les médias à passer à l'action et à s'attaquer à la criminalité. Des mesures visant à endiguer la violence dans les structures médicales devraient déjà être envisagées en temps de paix. Comme pour les maladies, il vaut mieux prévenir que guérir. En d'autres termes, il est préférable de mettre en place des mesures pour prévenir ou réduire significativement l'impact de la violence que de devoir réagir à un incident une fois qu'il s'est produit. N'oublions pas cependant que prévenir et guérir ne sont pas incompatibles et qu'il peut être bon de combiner les deux approches.

Il existe toute une série de mesures simples qui peuvent être prises pour renforcer la sécurité dans les structures médicales, comme le montre la présente publication. Or l'application de ces mesures, pour autant qu'elle soit systématique et correcte, peut être décisive en situation de crise. Les mesures de prévention devraient être envisagées le plus tôt possible, en particulier celles qui portent sur l'aménagement des bâtiments et la protection des installations. Quant aux mesures à prendre à la suite d'un incident, elles devraient être intégrées aux procédures opérationnelles et faire régulièrement l'objet d'évaluations, de tests et de révisions.

Ces mesures contribueront aussi à développer des réflexes pour se préparer aux situations difficiles. Même si les services de santé obéissent le plus souvent à une routine prévisible et contrôlée, une catastrophe de grande ampleur ou une autre situation d'urgence faisant beaucoup de victimes peut les perturber. Adopter des mesures pour y faire face quand la situation est stable garantit donc le fonctionnement des structures médicales lorsqu'on en a le plus besoin. Il faut aussi préparer le personnel à évaluer différents risques, à savoir comment réagir et à appliquer des mesures grâce à des exercices basés sur la réalité. Il faut les répéter fréquemment pour entraîner les nouveaux venus et maintenir un haut niveau de compétences parmi les membres du personnel.

Loin d'être une simple source d'information, la présente publication est un véritable guide pratique et il est important de l'utiliser comme tel. Elle devrait aider les structures médicales à se préparer à des situations tendues ou à gérer les situations auxquelles elles doivent faire face pour leur permettre d'accomplir leur mission qui est de secourir ceux qui en ont besoin et permettre à la population de vivre en bonne santé.







# RÉSUMÉ

La présente publication examine la question de la sécurité dans les structures médicales situées dans des régions exposées ou en proie à des conflits armés ou d'autres situations d'urgence. Elle recommande des mesures visant à améliorer la préparation et la sécurité des structures médicales et éviter ainsi que la fourniture des services de santé ne soit perturbée par de telles situations.

Elle recommande aussi un certain nombre de mesures de prévention essentielles à prendre en compte dès la conception d'une structure médicale pour qu'elle résiste mieux à toutes sortes de dangers.

Dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », deux ateliers d'experts ont été organisés autour de la question de la sécurité des structures médicales pendant un conflit armé ou une autre situation d'urgence. Le premier s'est tenu à Ottawa au Canada en septembre 2013 à l'occasion d'une collaboration entre le CICR et la Société canadienne de la Croix-Rouge. Le second a été organisé conjointement par le CICR et le Département de la coopération et des relations internationales d'Afrique du Sud en avril 2014 à Pretoria. Cette publication fait suite aux discussions qu'ont eues les participants à ces deux ateliers.

La présente publication s'adresse aux responsables et aux administrateurs des structures médicales, aux architectes et aux ingénieurs civils spécialisés dans la conception et la construction d'établissements sanitaires, aux personnels de santé et aux prestataires nationaux et internationaux qui fournissent directement ou indirectement des services de santé dans des régions exposées ou en proie à des conflits armés ou d'autres situations d'urgence.

- **Le premier chapitre** donne un aperçu des conséquences que peut avoir la violence sur les services de santé. Ce chapitre montre l'importance de la sécurité pour les structures médicales et il traite de la protection garantie par le droit international dans ce contexte.
- **Le deuxième chapitre** se concentre sur la planification d'urgence dans les structures médicales et sur les mesures visant à renforcer la coordination et la coopération entre les structures et à promouvoir la sécurité lors de la fourniture des soins de santé.
- **Le troisième chapitre** examine les questions liées à la sécurité et au bien-être du personnel de santé et des patients et les méthodes pour se préparer aux situations de stress pendant une urgence.
- **Le quatrième chapitre** passe en revue les principes d'architecture communément acceptés et les questions d'ingénierie liées à la conception des structures médicales et propose des mesures pour renforcer la sécurité des bâtiments.
- **Le cinquième chapitre** attire l'attention sur les éventuels problèmes qui peuvent survenir dans la chaîne d'approvisionnement des structures médicales en matériel et en fournitures, et présente des mesures visant à préparer et à renforcer les services de santé.
- **Le sixième chapitre** examine les conséquences d'une délocalisation temporaire des services de santé dans une région plus sûre lorsque la sécurité des personnels et des patients n'est plus garantie à l'emplacement actuel, et précise les points à prendre en compte dans cette éventualité.

# LES SOINS DE SANTÉ EN DANGER

En novembre 2011, la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge a adopté une résolution invitant le CICR à réunir des experts des États, du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres représentants de la communauté des soins de santé dans le but de formuler des recommandations visant à rendre plus sûre la fourniture des services de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Le CICR a aussi été appelé à rendre compte des progrès accomplis à la XXXII<sup>e</sup> Conférence internationale de 2015. Cette résolution a été adoptée alors que la communauté humanitaire était de plus en plus préoccupée par le non-respect de la protection accordée aux prestataires de santé et aux bénéficiaires par le droit international humanitaire (DIH) et d'autres instruments juridiques.

Le Mouvement a décidé de lancer en 2011 le projet « Les soins de santé en danger » pour faire suite à cette résolution. Dirigé par le CICR et conduit en partenariat avec d'autres composantes du Mouvement, ce projet est mené en collaboration avec les États et d'autres parties prenantes influentes. Il a pour objectif de rendre plus sûre la fourniture de soins de santé efficaces et dispensés en toute impartialité dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Ce projet s'articule autour de quatre axes : (i) les attaques dirigées contre les services et les patients ; (ii) les entraves illégales à la fourniture de services de santé ; (iii) la discrimination dans le traitement des patients ; et (iv) l'irruption d'hommes armés dans les structures médicales.

Ce projet aborde ces différentes questions sous deux angles : sous l'angle opérationnel d'une part et par le dialogue avec les experts et la diplomatie d'autre part. La seconde approche vise à créer des partenariats avec les principales parties prenantes pour élargir la portée du projet, trouver des solutions durables et garantir l'implication des partenaires dans l'accomplissement des objectifs. Une campagne de communication a été lancée en parallèle pour sensibiliser le public au manque de sécurité dans l'accès aux soins et obtenir son soutien pour faire adopter et appliquer des mesures visant à rendre plus sûre la fourniture de soins de santé efficaces et dispensés en toute impartialité.

Une série de consultations et d'ateliers a été organisée entre 2012 et 2014 avec les experts internationaux pour profiter de l'élan donné par la XXXI<sup>e</sup> Conférence internationale et préparer la XXXII<sup>e</sup> Conférence internationale. Ces ateliers, organisés par le CICR en collaboration avec les États, les Sociétés nationales et des organisations non gouvernementales de différents pays, ont débattu des questions suivantes :

- les droits et les responsabilités des personnels de santé ;
- le rôle des Sociétés nationales dans la protection des services de santé ;
- les pratiques militaires qui favorisent des soins de santé plus sûrs ;
- les services ambulanciers et préhospitaliers dans les situations de risque ;
- la sécurité des structures médicales ;
- la législation nationale et la répression pénale ;
- le rôle de la société civile et des autorités religieuses dans la promotion du respect de la mission médicale.

Chaque atelier a réuni des experts de dix à vingt-cinq pays représentant des organisations gouvernementales internationales, des organisations non gouvernementales internationales et locales, la communauté des soins de santé et les milieux universitaires. L'objectif était de formuler des recommandations pratiques et de trouver des solutions aux questions mentionnées plus haut.

Les principes éthiques relatifs à la fourniture de soins de santé dans les conflits armés et autres situations d'urgence ont aussi été examinés dans le cadre de ce projet. De plus, un certain nombre de consultations bilatérales et confidentielles ont eu lieu avec des groupes armés non étatiques pour aborder la question de la violence et de son impact sur les services de santé.

D'autres moyens ont permis au CICR de sensibiliser le public à ces questions et de promouvoir des solutions. Il a notamment collecté des informations sur les incidents violents ayant eu un impact sur les soins de santé dans des contextes où il est présent<sup>1</sup> et il a élaboré du matériel didactique, dont un module de formation en ligne sur les droits et les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Comité international de la Croix-Rouge (CICR), *Health Care in Danger: Violent incidents affecting the delivery of health care, January 2012 to December 2014*, CICR, Genève, avril 2015 (disponible seulement en anglais). Ce rapport est le dernier rapport publié par le CICR sur la violence perpétrée contre les soins de santé. D'autres rapports ont été publiés en 2013 et en 2014.

<sup>2</sup> CICR, *Health Care in Danger: The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies*, [module e-learning], CICR, Genève, 2014. Disponible en ligne en anglais : [www.healthcareindanger.org/elearning](http://www.healthcareindanger.org/elearning) (dernière consultation septembre 2015).

# REMERCIEMENTS

Les contributions de la Société canadienne de la Croix-Rouge et celles du Département de la coopération et des relations internationales de la République d'Afrique du Sud lors des deux ateliers ont servi de référence pour réaliser cette publication, tout comme les contributions des organisations partenaires et des participants internes ou externes au Mouvement. Nos remerciements vont plus particulièrement aux contributeurs externes et représentants des organisations suivantes qui ont participé à la révision : Société canadienne de la Croix-Rouge, Société du Croissant-Rouge égyptien, *Harvard Humanitarian Initiative*, *International Federation of Hospital Engineering*, Fédération internationale des hôpitaux, Centre de référence pour le soutien psychosocial, Médecins Sans Frontières, Organisation panaméricaine de la Santé, Organisation mondiale de la Santé.

## DÉFINITIONS

Comme ce projet traite d'une gamme de situations différentes, les termes utilisés dans la présente publication — par exemple « personnels de santé », « unités et transports sanitaires » doivent être compris dans une acception plus large qu'en droit international humanitaire (DIH), qui s'applique en temps de conflit armé. Au regard du DIH, le personnel, les unités et les transports sanitaires sont considérés comme tels lorsqu'ils sont « affectés exclusivement à des fins sanitaires par une autorité compétente d'une Partie au conflit ». Dans le contexte du projet « Les soins de santé en danger », le personnel, les unités ou les transports peuvent être couverts par la définition même s'ils n'ont pas été affectés à des fins sanitaires par une partie à un conflit.

On entend par **structures médicales**, notamment, les hôpitaux, les laboratoires, les dispensaires, les postes de premiers secours, les centres de transfusion sanguine et les dépôts de matériel médical et de médicaments de ces unités.

**Les personnels de santé** comprennent :

- les personnes professionnellement qualifiées en matière de soins de santé, par exemple les médecins, les infirmiers, le personnel paramédical, les kinésithérapeutes ou les pharmaciens ;
- les personnes travaillant dans les hôpitaux, les dispensaires et les postes de premiers secours, les conducteurs d'ambulance, les administrateurs d'hôpitaux, ou le personnel de santé professionnellement actif au sein de la communauté ;
- le personnel et les volontaires du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge participant à la fourniture de soins de santé ;
- le personnel « sanitaire » des forces armées et des forces de sécurité ;
- le personnel des organisations internationales et non gouvernementales axées sur la santé ;
- les secouristes.

**Les moyens de transport sanitaires** comprennent les ambulances, les bateaux ou aéronefs sanitaires, qu'ils soient civils ou militaires, et les véhicules transportant des personnes blessées ou malades, les personnels de santé et des fournitures ou du matériel médical. L'expression englobe tous les véhicules utilisés à des fins sanitaires, même s'ils ne sont pas affectés exclusivement au transport médical et placés sous l'autorité d'une autorité compétente d'une des parties au conflit : par exemple des voitures privées utilisées pour transporter des blessés et des malades vers un établissement de soins, des véhicules de transport de fournitures médicales ou encore des véhicules de transport de personnes amenant du personnel médical sur leur lieu de travail (par exemple pour y effectuer des vaccinations ou pour travailler dans des dispensaires mobiles).







E. Schneider/UN Photo

# 1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE

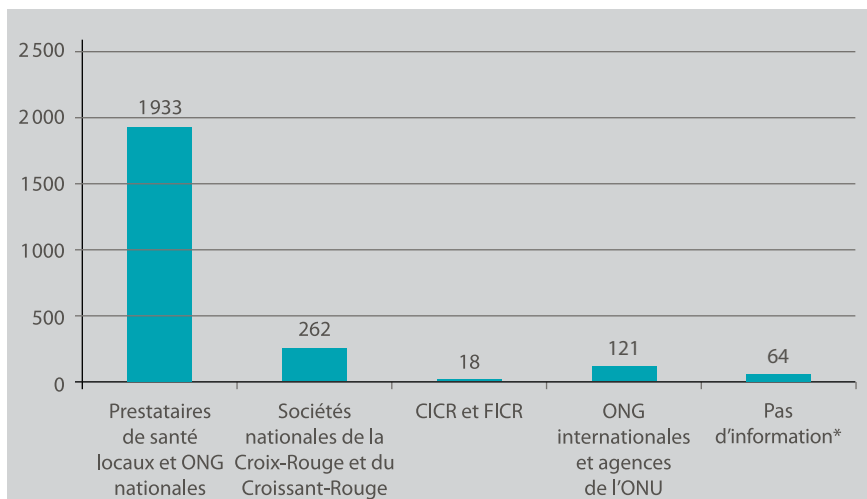
## 1.1 Le contexte

Pendant les conflits armés et les autres situations d'urgence, la violence perturbe les services de santé au moment où ils sont plus que jamais nécessaires. La violence dirigée contre les blessés et les malades et contre les structures médicales et les personnels de santé constitue l'un des problèmes les plus cruciaux mais aussi les plus méconnus auxquels doit faire face l'action humanitaire.

Dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger<sup>3</sup> », le CICR recueille depuis 2012 des informations sur les incidents violents se produisant pendant des conflits armés ou d'autres situations d'urgence et ayant un impact sur la fourniture des soins de santé. Dans un récent rapport, qui fait état de 2 398 incidents entre janvier 2012 et décembre 2014 dans 11 pays, il présente un aperçu de ces différents incidents s'étant manifestés sous la forme d'actes ou de menaces de violence dirigés contre les personnels de santé, les blessés et les malades, les structures médicales et les moyens de transport sanitaires.

Confirmant les résultats des rapports précédents publiés en 2013 et 2014, ce rapport de 2015 montre que les agents de santé locaux, y compris le personnel des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et des ONG locales, sont les plus touchés par la violence. Sur tous les incidents enregistrés, 91 % touchent cette catégorie.

### Nombre d'incidents par types de prestataires touchés



\* Pas d'information : les informations ne sont pas disponibles ou pas utilisables (lorsqu'aucun prestataire n'a été touché dans l'incident)

De plus, sur tous les incidents enregistrés, 1 222 (environ 50 %) ont été dirigés contre des structures médicales ou se sont produits dans leurs locaux, ce qui a eu pour conséquence de perturber leur activité. Le rapport a permis de faire les constatations suivantes au sujet de ces incidents :

- **des patients ont été tués, blessés ou battus** avec leur famille et les personnes qui les accompagnaient ;
- **des membres du personnel de santé ont été menacés et contraints** de violer l'éthique médicale ou d'administrer gratuitement des traitements ;
- des membres du personnel de santé ont aussi été victimes de menaces ou d'attaques de la part de **patients ou de leurs proches** ;
- les structures médicales ont été la cible directe de **tirs, de bombardements et d'incendies** ou elles ont été indirectement touchées pendant des combats ;
- un grand nombre d'incidents ayant fait des blessés ou des morts ont été provoqués par l'usage **d'explosifs ou de bombes** ;

<sup>3</sup> Les données ont été recueillies auprès de diverses sources, à savoir des personnes directement touchées ou concernées par un incident (victimes, témoins, directeurs d'hôpitaux, etc.), des Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, des médias (locaux et internationaux), d'autres organisations humanitaires et des acteurs locaux de la communauté des soins de santé.



- **des hommes armés ont fait irruption dans les structures médicales** et sont entrés de force dans le but de faire usage de la violence à l'intérieur, forçant par exemple des patients à quitter la structure et procédant à des arrestations.
- les structures médicales ont fait l'objet de **vols et de pillages** souvent accompagnés d'**effractions** et de nombreux vols ont été commis sur des personnes à l'intérieur de la structure;
- les structures médicales ont été **occupées et exploitées** par des attaquants qui ont contraint les membres du personnel de santé d'administrer des traitements ou ont employé les bâtiments à des fins militaires;
- ces incidents ont causé **des pertes de ressources et de graves dommages** qui ont souvent eu pour conséquence d'**interrompre les services de santé**.

Intentionnelle ou non, la violence dirigée contre les structures médicales et perpétrée à l'intérieur ou dans leur périmètre peut avoir comme conséquence d'entraver la fourniture des services de santé. De telles interférences perturbent naturellement le travail quotidien des personnels de santé et augmentent le stress à moins que des mesures ne soient prises pour protéger les personnels de santé et les préparer à faire face à de telles situations.

La sécurité doit être envisagée sous plusieurs angles pour diminuer les risques d'interruption dans la fourniture des soins de santé et protéger l'intégrité des services fournis. Combiner plusieurs mesures permet de renforcer la sécurité des infrastructures, de protéger les services et les mécanismes d'approvisionnement et de garantir la sécurité des personnels et des patients pendant les soins. Il est important de planifier la préparation le plus largement possible si l'on veut garantir le fonctionnement des structures médicales dans des situations à risque, qu'elles se produisent pendant des conflits armés, des catastrophes naturelles ou d'autres situations d'urgence.

Les mesures de sécurité peuvent aller des mesures les plus élémentaires aux plus sophistiquées en fonction du contexte et des ressources disponibles. Toutefois, il est capital de s'assurer que les mesures à appliquer n'auront pas d'impact négatif sur la façon dont les structures médicales seront perçues et acceptées par les communautés locales. Il faut donc organiser des activités de sensibilisation et d'information du public sur l'impartialité des soins de santé et les types de services proposés. Mener des actions de communication régulières pourrait aussi inciter les autorités et les chefs communautaires à jouer un rôle plus important dans la transmission de ces informations.

### Pour des soins de santé plus sûrs

*Dr Rudi Coninx, Département Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire, Organisation mondiale de la Santé*

Les structures médicales et les personnels de santé ainsi que le droit à recevoir des soins sont de moins en moins respectés. La violence dirigée contre le système de santé limite l'accès aux services médicaux des personnes qui en ont le plus besoin au moment où c'est le plus nécessaire pour elles. Les attaques dirigées contre les structures médicales ont de graves conséquences pour les patients et les personnels de santé qui en sont les victimes directes, mais aussi pour la santé publique en général. Par exemple, si les agents de santé sont empêchés de vacciner la population contre la polio et qu'une épidémie éclate, cela représente un grave problème de santé publique qui peut prendre une dimension internationale.

Quand le droit international humanitaire n'est pas respecté, que l'inviolabilité des soins de santé est bafouée et que les structures médicales, les personnels de santé et les patients sont délibérément pris pour cible, la fourniture des soins de santé et l'accès aux services de santé en sont inévitablement perturbés. Le droit à la santé est un droit pour tous; c'est un droit fondamental non négociable qui doit être respecté en tout temps. Il est inscrit dans la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, qui a été signée par 193 États membres. Ce droit à la santé est bafoué sitôt que l'accès aux soins n'est pas garanti et que les personnels de santé et les patients sont attaqués.

Les États membres doivent tout mettre en œuvre pour renforcer la préparation et trouver des solutions applicables dans leurs ministères. L'inviolabilité des soins de santé et le droit à la santé doivent être rappelés. Il faut contrôler la continuité des services de santé et appliquer les mesures de prévention contre les attaques. Et il faut promouvoir le respect des services de santé et trouver des solutions de remplacement pour fournir des soins si cela s'avère nécessaire.

## 1.2 Les préceptes du droit

Toutes les mesures possibles doivent être prises pour fournir des soins de santé aux blessés et aux malades en toute impartialité. Ces obligations légales découlent du droit international humanitaire (DIH), applicable exclusivement en situation de conflit armé, et du droit international des droits de l'homme (DIDH), qui lie les États en temps de paix et en temps de guerre.

Au titre du droit international humanitaire, toutes les parties à un conflit armé ont l'obligation de fournir aux blessés et aux malades des soins de santé et une attention médicale de manière impartiale en fonction des ressources dont elles disposent et de la possibilité d'adopter de telles mesures au cœur des hostilités<sup>4</sup>. En vertu du droit à la santé, le droit international des droits de l'homme prescrit en outre aux États d'assurer l'accès aux équipements, produits et services sanitaires essentiels; d'assurer l'accès à une alimentation essentielle minimale, à des moyens élémentaires d'hébergement, de logement et d'assainissement et à un approvisionnement suffisant en eau salubre et potable, et de fournir les médicaments essentiels. Les États sont tenus de respecter les principes de la non-discrimination et de l'égalité de traitement dans l'application de ces obligations. Ils doivent aussi adopter et mettre en œuvre des stratégies en matière de santé publique<sup>5</sup>.

Pour ce qui est de la fourniture des soins de santé, le droit international humanitaire précise que les unités sanitaires exclusivement affectées à des fins sanitaires par une autorité compétente d'une partie au conflit doivent être respectées et protégées<sup>6</sup>. Cela signifie que ces unités ne doivent pas être attaquées ou empêchées de remplir leur rôle<sup>7</sup>. Tandis que les irruptions de personnes en armes dans des structures médicales ne sont pas interdites *en soi*, elles ne doivent pas retarder inutilement la fourniture de soins aux malades et aux blessés présents dans la structure médicale, ou priver ces personnes de soins. De plus, les structures médicales doivent être protégées de toute ingérence de la part de tierces personnes et des mesures doivent être prises pour les aider dans l'accomplissement de leurs tâches<sup>8</sup>. Cela implique qu'il faut faciliter la fourniture des ressources qui sont essentielles pour le bon fonctionnement de la structure médicale telles que l'eau et l'électricité. Par ailleurs, les personnels de santé ne peuvent être contraints ni d'accomplir des actes contraires à la déontologie médicale ni de s'abstenir d'accomplir des actes exigés par la déontologie<sup>9</sup>. De la même manière, le droit international des droits de l'homme requiert des États qu'ils s'abstiennent d'entraver directement ou indirectement le droit pour chacun d'avoir accès aux équipements, produits et services sanitaires sans discrimination aucune, et qu'ils prennent des mesures concrètes pour empêcher des tiers de faire obstacle à la fourniture des services de santé et pour aider les particuliers à jouir de leur droit d'accès à la santé<sup>10</sup>.

4 Voir, en particulier, la première, la deuxième, la troisième et la quatrième Conventions de Genève (CG I-IV), art.3 commun; CG I, art.12; Protocole additionnel I (PA I), art. 10; PA II, art. 7; J.M. Henckaerts et L. Doswald-Beck, *Droit international humanitaire coutumier*, CICR et Bruylant, Genève, 2006 (étude du DIH coutumier), règle 110.

5 Comité des droits économiques, sociaux et culturels (CDESC), Observation générale n° 14: Le droit au meilleur état de santé susceptible d'être atteint, 11 août 2000 (observation générale n° 14), <http://www.cetim.ch/fr/documents/codesc-2000-4-fra.pdf> (dernière consultation le 25 août 2015).

6 CG I, art. 19; CG IV, art. 18; PA I, art. 12; PA II, art. 11; étude du DIH coutumier, règle 28.

7 Pictet, Jean (directeur de publication), *Les Conventions de Genève du 12 août 1949*, Commentaire, CICR, Genève, 1952, vol. I, p. 217, 243 et 311; Sandoz Y., Swinarski C., Zimmerman B. (dir. de publication), *Commentaire des Protocoles additionnels du 8 juin 1977 aux Conventions de Genève du 12 août 1949*, CICR et Martinus Nijhoff Publishers, Genève, 1986, p. 168 et 252 (PA I) et p. 1455 (PA II).

8 *Ibid.*

9 PA I, art. 16; PA II, art. 10; étude du DIH coutumier, règle 26.

10 CDESC, Observation générale n° 14, paragraphes 33, 35, 37 et 43.

Les signes distinctifs de la croix rouge, du croissant rouge et du cristal rouge ne peuvent être employés que pour désigner le personnel sanitaire protégé ou les établissements autorisés à les employer ou encore pour désigner les personnes ou les biens en relation avec le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge<sup>11</sup>. Toutes les mesures nécessaires doivent être prises pour empêcher et réprimer l'usage abusif des signes distinctifs<sup>12</sup>.



<sup>11</sup> CG I, art. 39-44; PA I, art. 18 (1) et (4); PA II, art. 12; PA III.

<sup>12</sup> CG I, art. 54; PA II, art. 12; PA III, art. 6.







## 2. PLANIFICATION ET ÉVALUATION

### 2.1 Introduction

Lorsqu'on élabore un plan d'urgence pour une structure médicale, il est important de trouver des mesures adaptées au contexte. Il faut prêter une attention particulière à l'impact des mesures de sécurité sur la manière dont le public perçoit la structure et peut y accéder.

Le chapitre suivant dresse la liste des principaux points à prendre en compte au stade de la planification. Il inclut également des exemples d'outils d'évaluation et d'expériences vécues dans d'autres situations d'urgence comme les catastrophes naturelles.

### 2.2 La planification d'urgence

En contexte de violence ou d'insécurité, la fourniture des soins de santé peut être perturbée par des dommages causés aux infrastructures ou par l'interruption des services essentiels ou de l'approvisionnement. La planification d'urgence peut aider à réduire ces risques. Idéalement, un tel processus devrait être amorcé à l'intérieur de la structure de santé pour assurer l'intégration du plan dès le départ et ne rien négliger de ce qui doit être pris en compte.

#### Points à prendre en compte au stade de la planification d'urgence

- *Des consultations doivent être engagées avec toutes sortes de personnes, tant le personnel médical que non médical, sans oublier les intervenants externes concernés.*
- *Il faut commencer par se demander comment **rendre la structure de santé plus résistante** du point de vue de son fonctionnement mais aussi de son infrastructure. Ensuite, il faut **développer la coordination et la coopération** avec les autres prestataires de santé car une structure fonctionne rarement en autarcie. Le plan d'urgence doit aussi tenir compte des plans nationaux et régionaux pour être en adéquation avec ce qui est appliqué dans les autres structures. Et il faut accorder une attention toute particulière à la coopération avec les autres prestataires de soins pour ce qui est des services de spécialistes, l'orientation des patients, l'approvisionnement en médicaments spécialisés et les ressources de secours.*
- *Il faut chercher des solutions pragmatiques adaptées au contexte. Les mesures préconisées ne doivent pas influencer négativement **la perception et l'acceptation** de la structure médicale au sein de la population.*
- *Avant d'adopter le plan, il est recommandé de prévoir un **exercice pour s'assurer que les mesures prises sont réalisables** et qu'elles peuvent être mises en place en situation de crise. Pour appliquer un plan d'urgence avec efficacité, il faut que les membres du personnel acceptent et comprennent leurs responsabilités en situation de crise. Prévoir **des formations de préparation et des exercices réguliers** aide les membres du personnel à intervenir et à s'adapter rapidement en situation d'urgence.*
- *Un plan d'urgence est un document dynamique ; il **doit être régulièrement révisé** pour être adapté à l'évolution du contexte. Dans le cadre de ces révisions, il faut mettre en place des mécanismes pour intégrer l'expérience acquise, y adapter les opérations et les améliorer.*

### 2.3 Comprendre le contexte

L'évaluation des risques permet de connaître le degré de vulnérabilité de la structure médicale et les types de risque auxquels elle est exposée. Idéalement, l'évaluation des risques devrait être faite par des spécialistes de la sécurité, ou si cela n'est pas possible, par les responsables de la structure.

Il faut identifier et analyser les différents types de risques et l'impact qu'ils peuvent avoir sur les installations, le personnel et les patients en cherchant à en avoir une vue d'ensemble. On évaluera par exemple les conséquences potentielles d'incidents tels que des explosions, une interruption de l'approvisionnement en eau et en électricité, des irrptions dans les structures médicales et des inondations, ainsi que les risques inhérents à l'emplacement de la structure. Une telle évaluation devrait être faite systématiquement dans les structures en activité, lors d'une rénovation importante et préalablement à tout nouveau projet de construction car certaines mesures sont plus efficaces et économiques si on les adopte avant la situation d'urgence.

### Les principales étapes pour évaluer les risques

1. *Identification des risques: que peut-il se produire? Par qui ou par quoi un incident touchant les membres du personnel, les patients et les structures peut-il être causé? Passez ces risques en revue. Décrivez les conséquences que peuvent avoir de tels risques pour le personnel, les patients et les structures.*
2. *Analyse des risques: dans quelle mesure le personnel et les patients sont-ils exposés à ces risques? Examinez les mesures existantes qui peuvent diminuer ces risques, qu'il s'agisse de mesures de prévention ou de mesures de préparation pour faire face à des incidents et s'en relever. Vérifiez le niveau de préparation du personnel. Examinez l'efficacité de ces mesures pour diminuer les risques et pensez à d'autres mesures possibles.*
3. *Évaluation des risques: qu'allez-vous entreprendre pour faire face à ces risques? Examinez l'impact que ces actions peuvent avoir et définissez une ligne de conduite pour gérer ces questions.*
4. *Diminution des risques: qui sera chargé de mettre en place d'éventuelles mesures supplémentaires et dans quel délai? Établissez un plan d'action et un tableau de planification pour gérer la mise en œuvre des mesures supplémentaires prises pour diminuer les risques.*

## 2.4 Les niveaux de sécurité dans une structure médicale

On ne parviendra à protéger l'ensemble des services fournis dans une structure médicale que si les risques sont abordés sous différents angles. Il faut connaître les risques et les failles de l'infrastructure et de la gestion de la structure médicale et savoir évaluer les conséquences d'une situation donnée sur les personnels de santé et les patients pour ce qui est des soins fournis. Tous ces facteurs doivent être pris en compte pour évaluer la résistance d'une structure de santé.

La recherche des meilleures mesures de sécurité doit partir d'une évaluation des niveaux de sécurité de référence et actuels de la structure. On peut utiliser les outils d'évaluation disponibles, comme l'indice de sécurité des hôpitaux<sup>13</sup>, élaboré par l'Organisation panaméricaine de la Santé. Cette évaluation devra prendre en compte tous les types de risques, et à partir de ces résultats, des mesures opérationnelles adaptées au contexte pourront être définies.

### Pertinence de l'indice de sécurité des hôpitaux dans une situation de conflit armé

*DrCiro Ugarte, Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)*

Les services essentiels doivent continuer de fonctionner en situation de crise ou de catastrophe pour protéger les populations touchées et limiter ou réduire les conséquences de l'événement. En pareilles circonstances, le fonctionnement des services de santé est bien souvent une question de vie ou de mort. En situation de conflit, la notion d'« hôpital sûr<sup>14</sup> » prend encore plus de sens car elle désigne aussi la capacité de l'hôpital à continuer de fonctionner et à soigner les personnes qui en ont besoin tout en protégeant son personnel de santé.

En théorie, le secteur sanitaire devrait pouvoir veiller à ce que toutes les structures médicales soient préservées en situation de crise et de catastrophe. Dans la pratique, il faut garantir en priorité la sécurité des structures médicales qui dispensent des soins essentiels et sont situées dans des zones à haut risque. Ces services de santé doivent pouvoir être dispensés dans des bâtiments où les patients, le personnel et les visiteurs sont protégés, où l'équipement et le mobilier ainsi que les installations basiques (eau, électricité, gaz médicaux, etc.) continuent d'être opérationnels, et où le personnel est en sécurité et peut dispenser des soins de santé quand cela s'avère le plus nécessaire, même si les circonstances sont difficiles.

<sup>13</sup> Voir en ligne : [http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=907&Itemid=884](http://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=907&Itemid=884) (en anglais et en espagnol uniquement) ou [http://www.who.int/hac/events/safe\\_hospitals\\_info.pdf](http://www.who.int/hac/events/safe_hospitals_info.pdf) (en anglais) ou <http://www.safehospitals.info/index.php?lang=fr> (dernière consultation le 27 août 2015).

<sup>14</sup> Un « hôpital sûr » désigne un établissement sanitaire dont les services demeurent accessibles et qui fonctionne à sa capacité maximum, et dans la même infrastructure, pendant et immédiatement après l'impact d'une catastrophe (OPS, Comité exécutif, 140/13, 2007).

Même s'il n'est pas possible de rendre une structure absolument sûre, des mesures peuvent être prises pour en augmenter progressivement le niveau de protection. La première étape consiste à s'assurer que la structure peut supporter les effets d'une catastrophe (naturelle ou causée par l'homme), qu'elle ne s'effondrera pas et que ses occupants (patients, travailleurs de santé et visiteurs) ne seront ni tués ni blessés. Ce premier niveau de protection est appelé « sécurité structurelle » ou « protection de la vie ».

La deuxième étape consiste à s'assurer que l'équipement, le mobilier, les services essentiels et les éléments architecturaux (fenêtres, cloisons, plafonds, ascenseurs, etc.) de l'établissement sont sécurisés et pleinement opérationnels. Ce niveau de protection correspond à la « sécurité non structurelle » ou « protection des investissements ». La dernière étape consiste à s'assurer que les protocoles et procédures d'urgence de l'établissement sont correctement appliqués par un personnel qui a été formé à cet effet. Ce niveau de protection correspond à la « sécurité fonctionnelle » ou « protection opérationnelle ».

Il existe différents outils et méthodes pour déterminer le niveau de sécurité d'une structure médicale. Par exemple, l'évaluation de la vulnérabilité de l'hôpital, l'analyse des dangers et de la vulnérabilité, l'analyse structurelle, l'analyse non structurelle, l'étude de l'équipement et des éléments critiques, et l'évaluation organisationnelle et fonctionnelle. Mais il est irréaliste d'envisager de telles approches traditionnelles pendant une situation de conflit ou une catastrophe, car leur mise en œuvre peut prendre plusieurs mois et représenter un investissement financier important. Un outil de diagnostic rapide et peu coûteux a donc été mis au point avec l'aide de plusieurs experts nationaux et internationaux. Il permet d'évaluer la probabilité de l'hôpital ou de la structure médicale à poursuivre son activité en situation d'urgence.

Cet outil, appelé « indice de sécurité des hôpitaux », permet aux pays et à leurs dirigeants de mesurer la sécurité d'une structure médicale sur la base de critères structurels, non structurels et fonctionnels qui tiennent notamment compte de l'environnement au sein duquel se trouve cette structure, et du réseau de services de santé auquel elle est rattachée. Le but est d'éviter que les structures médicales ne puissent plus fonctionner pendant des conflits ou des catastrophes. L'indice de sécurité des hôpitaux peut être comparé à une photographie floue qui donne un aperçu de la situation générale de la structure, permettant ainsi de confirmer et d'écarter la présence de risques imminents.

Déterminer l'indice de sécurité d'un établissement de santé permet à ses responsables d'évaluer la capacité de l'établissement à continuer de fonctionner et à répondre à une plus forte demande pendant une urgence ou une catastrophe majeure. L'indice de sécurité des hôpitaux ne remplace pas une étude de vulnérabilité approfondie et plus coûteuse. Mais puisque cet outil est peu onéreux et d'utilisation simple, il constitue une première étape importante pour optimiser l'investissement d'un pays dans la sécurité des hôpitaux.

Calculer l'indice de sécurité d'une structure médicale comprend plusieurs étapes :

1. Les informations générales sur la structure médicale : ces informations, fournies habituellement par le personnel avant l'évaluation proprement dite, portent sur le niveau de complexité de la structure, la population desservie, les spécialités médicales, les autres services disponibles et le personnel de santé.
2. La liste de contrôle de la sécurité des hôpitaux : l'équipe chargée de l'évaluation du niveau de sécurité passe en revue les 145 éléments de cette liste (groupés par thème : emplacement, facteurs structurels, non structurels et fonctionnels de la structure) et les compare avec les critères de référence.
3. L'indice de sécurité : les résultats sont entrés dans un calculateur de notes, qui pondère chaque variable en fonction de son importance relative pour la capacité d'un hôpital à faire face à une catastrophe et à continuer de fonctionner. Le résultat final se calcule automatiquement.
4. Le niveau de sécurité : le résultat final du calcul de l'indice de sécurité permet de classer l'hôpital dans l'une des trois catégories de santé, ce qui aide les autorités à déterminer quels sont les établissements où il est le plus urgent d'intervenir : la catégorie A pour les établissements jugés capables de protéger la vie de leurs occupants et dont il est probable qu'ils continuent à fonctionner en cas de crise ou de catastrophe ; la catégorie B pour les établissements qui peuvent résister à une catastrophe mais où les équipements et les services critiques sont en situation de risque ; et la catégorie C pour les établissements de santé où l'on considère qu'il existe des risques pour la vie et la sécurité des occupants en cas d'urgence ou de catastrophe, et qui nécessitent de ce fait des mesures immédiates.



La liste de contrôle renseigne sur les forces et les faiblesses de la structure évaluée. À partir de là, le personnel de l'hôpital pourra commencer à appliquer les mesures correctrices nécessaires pour améliorer le niveau de sécurité de l'hôpital dans le délai recommandé.

L'indice de sécurité des hôpitaux de l'OPS/OMS dresse la liste des points à prendre en compte en situation de conflit, d'insécurité ou d'urgence particulièrement complexe :

1. l'emplacement de l'établissement et les scénarios possibles du conflit armé, troubles intérieurs, attaque terroriste, violence et criminalité ;
2. le niveau de sécurité dans le périmètre de l'établissement ;
3. le niveau de sécurité à l'entrée de l'hôpital et pour circuler à l'intérieur ;
4. les mesures existantes relatives à la circulation des ambulances, des autres véhicules, du personnel, des patients et des visiteurs ;
5. la signalisation du personnel et les autorisations délivrées en fonction des responsabilités ;
6. la signalisation des espaces réservés ou d'accès limité à l'intérieur de l'établissement ;
7. les normes de sécurité concernant l'emplacement du centre opérationnel d'urgence de l'hôpital ;
8. les protocoles et procédures de sécurité pour les télécommunications internes et externes ;
9. la sécurité contre le vol et la violence à l'intérieur de la structure ;
10. les protocoles et procédures de prévention des enlèvements de patients ou d'agents de santé ;
11. les restrictions d'utilisation des armes à l'intérieur de la structure ;
12. les dispositions visant à éviter, limiter et gérer les attaques d'agents de santé à l'intérieur et à l'extérieur de la structure médicale.

Même si tous les critères mentionnés ci-dessus s'appliquent aux conflits armés et aux urgences humanitaires ou complexes, il peut être utile d'en ajouter d'autres pour ces situations. Une fois définis, ces critères devraient être normalisés et appliqués dans le cas de scénarios de conflit spécifiques. Ils complèteraient ainsi l'indice de sécurité des hôpitaux et permettraient de faire face aux problèmes spécifiques rencontrés par les services de santé en fonction de la nature, de l'intensité et de l'ampleur du conflit.

## 2.5 La coordination

Chaque structure devrait se coordonner avec les autres structures, en utilisant les mécanismes mis en place localement, et se conformer aux plans de coordination nationaux et régionaux existants pour éviter d'avoir plusieurs systèmes parallèles. Les autorités locales et les services d'urgence au niveau local, notamment ceux qui travaillent avec le ministère de la Santé ou qui sont responsables de la coordination des services publics de santé, ont un rôle essentiel à jouer en la matière.

Des mécanismes de coordination devraient être mis en place de manière systématique et rapide et idéalement en temps de paix ou au début du conflit. Il peut être plus difficile d'organiser la coordination en pleine crise si ce n'est pas une pratique habituelle.

## 2.6 La sensibilisation

Bien faire comprendre le rôle des prestataires de santé est important pour que l'impartialité dans la fourniture des soins de santé soit mieux reconnue et que, de ce fait, les structures médicales soient plus sûres. Des campagnes de sensibilisation régulières devraient être menées pour donner des informations sur la qualité des soins et les types de services proposés.

Un dialogue devrait aussi être établi avec les principales parties prenantes, c'est-à-dire les autorités, les forces et groupes armés, les représentants des communautés locales et les autres acteurs influents. Mettre en place des contacts et bien faire comprendre le rôle des prestataires de santé sont des conditions préalables nécessaires pour garantir l'accès aux soins et la sécurité pendant une crise.

Pour renforcer la sécurité, il conviendra d'examiner régulièrement et systématiquement comment la structure est perçue par les parties prenantes et le public et si elle est accessible aux personnels de santé, aux patients et aux autres bénéficiaires. Ces révisions régulières permettent de connaître immédiatement les changements de situation, de signaler les points à réviser et d'adapter les mesures de sécurité.



### Liste de contrôle pour savoir comment la structure est perçue

- La structure est-elle perçue comme une structure capable de fournir des services sans discrimination ?
- Comment les différentes mesures de sécurité appliquées sont-elles perçues par le personnel, les patients, les communautés et les porteurs d'armes ?
- Quel est le rôle des gestionnaires de la structure, du personnel médical d'encadrement et des agents de sécurité pour garantir la sécurité ? Ces différents rôles sont-ils bien compris par toutes les parties prenantes ?

## Les hôpitaux pendant une catastrophe : les opérations de secours après l'ouragan Katrina et le projet du CICR « Les soins de santé en danger »

*Erin Downey, docteur ès sciences et experte pour la Harvard Humanitarian Initiative  
Anjanette Hebert, directrice de la sécurité et de la préparation aux situations d'urgence,  
Lafayette General Medical Center*

### Dispositif d'urgence

Une des principales recommandations qui est faite aux hôpitaux dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » est de mettre en place des réseaux communautaires pour que les intervenants locaux aient accès à un réseau plus large de ressources. La création de ces réseaux fait partie d'une stratégie menée à plus large échelle qui vise à accroître la résilience et les capacités d'intervention locales dans les conflits armés ou les autres situations d'urgence.

En Louisiane, le deuxième État le plus pauvre des États-Unis, l'accès aux soins de santé est loin d'être garanti, les inégalités raciales et sociales sont fortes et la violence armée est très répandue. Tous ces facteurs portent atteinte à la sécurité des habitants. Au vu de ces vulnérabilités, un dispositif d'urgence a été mis en place par l'État pour évaluer et renforcer la capacité de ses hôpitaux à faire face aux catastrophes. Cette initiative s'inscrivait dans le cadre du programme de préparation des hôpitaux aux situations d'urgence qui a été mis en place en 2002 dans tout le pays à la suite des attaques du 11 septembre.

L'objectif principal de cette initiative était de développer un réseau national d'intervention en cas de catastrophe, ce qui a été fait en renforçant les capacités et la résilience dans les domaines suivants :

- la communication entre les hôpitaux, avec une structure responsable de créer les liens avec les autres structures de la région ;
- la coordination entre les hôpitaux, avec la préparation de plans pour mettre les ressources en commun et les exploiter au mieux ;
- la collaboration entre les hôpitaux, avec la préparation de plans pour définir quand et comment partager les ressources.

Le réseau qui se mettait en place à la Nouvelle-Orléans n'était toutefois pas préparé à faire face à la situation d'isolement dans laquelle il s'est trouvé après le passage de l'ouragan Katrina en août 2005. La rupture des barrages a provoqué de telles inondations après le passage de l'ouragan que la catastrophe a été majeure. Au moins 1,25 million de personnes n'ont pas pu accéder aux trois hôpitaux disposant de services d'urgence qui continuaient de fonctionner (sur un total de 20). L'ouragan Rita, qui a succédé à l'ouragan Katrina moins d'un mois plus tard, a frappé la côte à 365 miles (587 km) à l'ouest des terres dévastées par Katrina, touchant directement au moins 11 hôpitaux de plus. Tous ces hôpitaux ont finalement été évacués pour soigner leurs patients ailleurs.

Profitant du réseau nouvellement créé, les hôpitaux ont pu orienter sans attendre des milliers de patients vers le nord de l'État pour qu'ils puissent recevoir un traitement. Les 47 hôpitaux de soins aigus de ces régions ont admis le plus possible de patients jusqu'à ce qu'ils atteignent eux aussi leurs limites et soient contraints d'évacuer d'autres patients hors de l'État. L'efficacité de cette action conjointe qui a pu s'appuyer sur un réseau performant a été insuffisante du fait de l'ampleur de la catastrophe.

D'une manière générale, l'intervention des États-Unis en réponse à cette saison d'ouragans a été jugée catastrophique. Mais on a retenu de cette catastrophe qu'intégrer les hôpitaux à un réseau peut en atténuer grandement les dysfonctionnements. Après l'ouragan Katrina, la planification en Louisiane a été étendue pour inclure les partenaires fédéraux, les planificateurs des services ambulanciers, la police, les pompiers, les agents de la santé publique et d'autres corps d'intervention d'urgence. Le réseau étendu a été réactivé en 2008 pendant l'ouragan

Gustav pour traiter et transférer des milliers de patients lors de ce qui allait devenir la plus grande opération d'évacuation dans l'histoire des États-Unis. Un tel exploit n'aurait pas été possible si ce dispositif d'urgence amélioré et coordonné n'avait pas été mis en place.

Depuis plus de dix ans qu'il existe, le réseau est régulièrement activé en Louisiane. Il sert au quotidien pour traiter les patients souffrant de traumatismes et pour ajuster les ressources nécessaires en fonction de la demande. La création de ce réseau et sa mise en œuvre ont nécessité un investissement financier de l'État et du pays, différentes actions politiques et un investissement de temps et d'énergie de la part de la communauté locale. Il a aussi fallu montrer qu'il était fiable et désigner des responsables communautaires, ce qui a duré plusieurs années et représenté un investissement financier considérable. Aujourd'hui, les membres des communautés locales sont l'épine dorsale de ce réseau et son efficacité repose sur leurs épaules.

Il devrait être possible, dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », de mettre en place des systèmes similaires pour des communautés moins développées exposées à la violence ou à des catastrophes. Comme en Louisiane, il est essentiel d'adopter une approche évolutive, qui soit pratique et réalisable au sein de chaque communauté mais qui s'insère aussi dans une planification régionale à plus large échelle. Même si les risques pour les structures médicales ne sont pas les mêmes dans le cas d'un conflit armé ou d'une catastrophe, on peut les affronter en adoptant une approche similaire. Une collaboration peut être mise en place si les réseaux communautaires s'appuient sur une large palette de spécialistes locaux qui comprennent les défis pour leur communauté. Ce type de réseau doit aussi avoir des ramifications aux niveaux national et multinational. Ces approches font écho au Cadre d'action de Hyogo, intégré à la Stratégie internationale de prévention des catastrophes naturelles des Nations Unies, qu'il est actuellement question de prolonger (2015-2025).

#### **Plan d'urgence**

Il a aussi été question, dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger », de mettre en place des plans d'urgence couvrant les personnes, les services et les structures, et de faire adopter des plans standard pour les différentes zones géographiques. Au moment de l'ouragan Katrina, aucun plan d'urgence n'avait été prévu pour couvrir à titre personnel les membres du personnel de santé, ce qui a entravé leur capacité à répondre aux besoins de l'hôpital. Les obligations de chacun envers sa famille, ses proches et même ses animaux de compagnie ont souvent diminué la capacité du personnel à faire son travail. De plus, le personnel ne connaissait pas bien les différents rôles et responsabilités qui lui étaient attribués en cas de catastrophe. Les attentes n'avaient pas été clairement définies si bien que les hôpitaux ont manqué de personnel. L'ordre d'évacuer a été donné dans certaines communautés mais il a été demandé aux hôpitaux de rester ouverts. Le personnel a donc reçu des messages contradictoires qui ne lui indiquaient pas clairement ce qu'il devait faire.

En 2008, lorsqu'une deuxième série d'ouragans (Gustav et Ike) a frappé la Louisiane, l'implication du personnel a été plus forte, ce que l'on a attribué à l'existence de plans d'urgence personnels. Cela a clairement contribué à garantir la continuité des soins de santé au sein des hôpitaux. Les plans d'urgence des hôpitaux ont aussi aidé le personnel à se préparer à une intervention et à des responsabilités inhabituelles (sécurité, maintenance et, dans des cas extrêmes, évacuation). Ces plans prévoient aussi des stratégies pour loger et nourrir le personnel qui devait fournir des soins sur une plus longue durée. La plupart des hôpitaux possèdent aujourd'hui des équipes spéciales chargées de l'activation du plan et des équipes chargées du relèvement, ces dernières étant prêtes à prendre le relais au moment où la phase d'urgence laisse place à la phase de relèvement.

Pour intervenir de manière efficace en cas de catastrophe ou de situation de crise, il faut coordonner les plans d'urgence. Même si le projet « Les soins de santé en danger » se concentre sur les zones touchées par des conflits ou des crises, l'expérience acquise en Louisiane reste très instructive pour la planification en cas de catastrophe. Réunir des experts issus de régions et de contextes différents permet de mieux connaître les défis qui se posent lors de la fourniture des soins en milieux instables. En 2002, lorsque la Louisiane a entamé son processus de planification, les participants étaient sceptiques et hésitaient à se lancer dans le projet pointant du doigt les différences régionales. Mais quand les experts locaux ont pris conscience qu'ils devaient surmonter les mêmes défis et qu'ils apprenaient beaucoup en partageant leurs stratégies et leurs solutions, le réseau est enfin devenu influent. De plus, dans le cadre de cette collaboration, les participants ont mis en place des stratégies plus réalistes et plus faciles à mettre en œuvre et on a vu se développer un sens accru de l'initiative et de la responsabilité au niveau communautaire.





# 3. SÉCURITÉ ET BIEN-ÊTRE DES PERSONNELS DE SANTÉ, DES PATIENTS ET DE LEURS PROCHES

## 3.1 Introduction

Ce chapitre traite de la sécurité et du bien-être des personnels de santé ainsi que des patients et de leurs proches dans les conflits armés et autres situations d'urgence. Même s'il y est question des responsabilités des personnels de santé dans de telles situations, ce n'est pas le thème principal de ce chapitre. Ces responsabilités sont traitées de façon plus approfondie dans d'autres documents produits dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » tels que la publication *Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*<sup>15</sup> et le module de formation en ligne sur les droits et les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence<sup>16</sup>.

## 3.2 Les conditions de travail

Toute situation de crise est à même de déstabiliser le fonctionnement d'une structure médicale. Pour les personnels de santé, les problèmes peuvent être nombreux : pressions externes, tensions au sein de la communauté, ou confrontations difficiles avec les patients et leurs proches, des parties au conflit ou d'autres porteurs d'armes, pour n'en citer que quelques-uns.

Le stress des personnels de santé a de nombreuses origines qui vont des responsabilités liées à leur fonction et de l'environnement de travail à leur situation personnelle. Ces personnes sont tout aussi exposées aux crises que les patients qu'ils traitent. Si la sécurité de leur famille les préoccupe, si leurs propres besoins essentiels (en eau et en nourriture par exemple) risquent de ne pas être couverts, ou si elles craignent même de devoir quitter leur maison, ce qui est un vrai traumatisme, cela aura un impact sur leur bien-être personnel et leur capacité à accomplir leur travail.

Pour que les personnels de santé soient capables de faire leur travail et de prendre soin des autres, il faut que leurs besoins essentiels, tant physiologiques qu'en matière de sécurité, soient satisfaits. Tout doit être mis en œuvre pour leur offrir un cadre qui favorise leur efficacité au travail. On peut par exemple prévoir des mesures incitatives et proposer une aide matérielle ou non matérielle aux membres du personnel et à leur famille. Il est aussi important d'organiser la rotation des équipes de telle sorte que chacun puisse prendre le temps de se préparer à une crise et de prendre soin des siens.

Organiser des activités récréatives en équipe ou d'autres activités permettant de décharger le stress au travail et trouver des exutoires sont autant de moyens efficaces pour gérer le stress des personnels de santé.

<sup>15</sup> CICR, *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, avril 2013.

<sup>16</sup> CICR, *Health Care in Danger: The rights and responsibilities of health-care personnel working in armed conflict and other emergencies* [module e-learning], CICR, Genève, 2014. Disponible en ligne en anglais : [www.healthcareindanger.org/elearning](http://www.healthcareindanger.org/elearning) (dernière consultation septembre 2015).

## Soutien psychologique et social aux employés des structures médicales

*Anjana Dayal De Prewitt, Centre de référence pour le soutien psychosocial,  
Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge*

### Introduction

Les personnels de santé travaillant dans des situations de conflit sont exposés aux traumatismes et au stress. Ils doivent recevoir un soutien psychologique et social adapté et une formation élémentaire pour être capables, à leur tour, de soutenir les autres (leurs pairs, les patients et leur famille ou les personnes qui s'en occupent). Le Centre de référence pour le soutien psychosocial de la Fédération des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge<sup>17</sup> fournit un soutien technique aux Sociétés nationales pour l'élaboration et la mise en œuvre de programmes de soutien psychosocial dans différents contextes, destinés notamment aux personnels de santé et aux volontaires. Ces programmes visent à renforcer la résilience des personnes soutenues, par la consolidation des ressources qui leur sont propres, comme les croyances et le système de valeurs, mais aussi de ressources externes telles que des réseaux reposant sur la famille, les amis, les aînés, les chefs religieux et l'environnement professionnel<sup>18</sup>.

Différentes approches, personnelles ou professionnelles, peuvent être combinées. Des recommandations sont faites dans cette section pour apporter un soutien psychosocial aux personnels de santé à l'œuvre dans des situations difficiles, aux patients et aux personnes qui s'occupent d'eux.

### Les défis

Les personnes vivant dans des zones de conflit sont très exposées au stress psychologique. On décrit souvent le stress comme un sentiment de surcharge, de tension et de préoccupation<sup>19</sup>. S'il n'est pas bien géré, il peut provoquer une souffrance et une incapacité à faire face et à s'adapter aux événements. Les plus touchés dans la communauté des soins de santé sont les personnels travaillant dans les hôpitaux, les laboratoires, les dispensaires, les postes de premiers secours, les centres de transfusion sanguine, les entrepôts de matériel médical et de médicaments, ainsi que les patients et leurs aidants. Dans la plupart des cas, les personnels de santé sont les seuls prestataires à travailler pour toutes les parties au conflit. Il est fréquent qu'ils soient sollicités de toutes parts quand ils tentent de répondre aux besoins de parties en conflit, qu'ils essaient de gérer les attentes des patients et de leurs proches et de fournir en temps voulu des informations adéquates aux médias et aux autres parties prenantes.

Le stress est à l'origine de différentes réactions<sup>20</sup>, dont une diminution de la vigilance et des performances, des problèmes psychosomatiques – maux de dos, léthargie, troubles de l'appétit et du sommeil – des erreurs d'appréciation et des tensions dans les relations. Le surmenage, ou *burnout*<sup>21</sup>, est une autre conséquence fréquente d'une activité exercée sous stress pendant une longue période sans prendre soin de soi. Cet état émotionnel se caractérise par un épuisement moral chronique, une baisse d'énergie, d'enthousiasme et de motivation au travail, une diminution de l'efficacité, un sentiment de manque d'accomplissement personnel, des attitudes pessimistes et cyniques.

En situation de conflit, apporter un soutien aux personnels de santé, aux patients et aux personnes qui s'occupent d'eux peut être particulièrement difficile pour au moins trois raisons : premièrement, l'importance d'un soutien psychosocial élémentaire peut être vite négligée dans des situations où les patients ont besoin de soins urgents pour rester en vie ; deuxièmement, le stress étant considéré comme un problème de santé mentale, il est tabou dans de nombreuses cultures ; troisièmement, très peu de membres du personnel et de superviseurs ont été formés aux techniques de soutien psychosocial.

<sup>17</sup> Des informations complémentaires concernant le Centre de référence peuvent être consultées sur le site de la Fédération internationale : <https://www.ifrc.org/fr/what-we-do/health/psychosocial-support/> (dernière consultation le 3 septembre 2015).

<sup>18</sup> Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *Psychosocial Support: Towards safe and healthy living*, Centre de référence pour le soutien psychosocial de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, Copenhague, 2009.

<sup>19</sup> Australian Psychological Society, *Understanding and Managing Stress*, Australian Psychological Society, Melbourne, 2012.

<sup>20</sup> K. De Jong, *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence: A community-based approach*, 2<sup>e</sup> éd., Médecins Sans Frontières, Amsterdam, 2011.

<sup>21</sup> D. Meichenbaum, « Resilience and posttraumatic growth: A constructive narrative perspective », in L.G. Calhoun et R.G. Tedeschi (directeurs de publication), *Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice*, Lawrence Erlbaum Associates, Mahwah, New Jersey, 2006, pp. 355-368.



### Prévenir le stress

Il est possible de prévenir le stress des personnels de santé et des patients en prenant des mesures appropriées pour diminuer les facteurs de stress. Former les membres du personnel pour leur apprendre à faire face à des nouveaux besoins et à travailler avec des personnes différentes peut les préparer à des situations difficiles et réduire ainsi l'intensité du stress ressenti. Il existe aussi des mesures pratiques qui peuvent être prises afin de réduire le stress et les tensions ressenties au travail : on peut par exemple aménager la réception de la structure médicale de manière à contrôler les accès et appliquer des mesures de sécurité pour éviter que des personnes non autorisées ne puissent entrer.

### Gérer le stress

Le Centre de référence pour le soutien psychosocial recommande des approches transversales et à plusieurs niveaux pour traiter les réactions aux traumatismes et au stress. La plupart des personnes vont se remettre facilement d'un épisode difficile avec un minimum de soutien : du calme, de l'écoute et un soutien psychosocial de base, par exemple. Si une personne prend soin d'elle-même et qu'elle a le soutien de sa famille, de ses pairs et de la communauté, cela devrait suffire pour qu'elle se rétablisse. Quelques cas cependant demanderont un soutien plus ciblé et spécialisé de la part de professionnels de la santé mentale, de travailleurs sociaux ou de chefs religieux, quand cela est possible.

**Pour les patients et les aidants :** gérer les patients et les personnes qui s'occupent d'eux, qui craignent pour leur sécurité et la qualité des traitements et reportent ces craintes sur les membres du personnel, est l'un des principaux facteurs de stress pour les personnels de santé dans les zones de conflit. Il faut donc apprendre aux membres du personnel à savoir gérer les réactions au stress des patients, de leurs aidants et des autres visiteurs. Voici quelques recommandations utiles :

- **Apporter un soutien psychosocial élémentaire :** les structures médicales reçoivent toutes sortes de visiteurs, allant des patients et de leur famille, aux enquêteurs de l'armée nationale ou d'autres groupes armés. Ces personnes arrivent avec des intentions et des questions de nature très différente qui peuvent conduire à des altercations inutiles. Si les personnels de santé et les agents de sécurité sont formés à l'écoute active, de telles altercations peuvent être évitées. Rester calme en situation de crise peut éviter qu'elle ne s'envenime. Les membres du personnel pourraient aussi être formés au soutien psychosocial de base. Celui-ci va au-delà de l'écoute active et inclut la prise en compte des sentiments exprimés et une aide pour répondre aux besoins immédiats. Ces formations pourraient aussi inculquer les bases pour mener une intervention d'urgence et une action de santé mentale et dépister les cas qui nécessitent un soutien ou d'autres services médicaux.
- **Informers :** il est important de donner aux patients et à leurs aidants des informations sur leur séjour et le traitement dans la structure médicale. Les patients doivent savoir combien de personnes sont autorisées à les accompagner pour que le nombre de personnes présentes dans la structure reste sous contrôle. Ils doivent savoir s'il y a une salle d'attente avec des toilettes et de l'eau potable. Si la famille d'un patient n'a pas confiance dans les membres du personnel, le parent le plus proche pourrait, quand cela est possible, être admis dans la salle où les soins sont prodigués pour garantir la transparence. Pour autant qu'elles reçoivent des instructions pour assister les patients, ces personnes peuvent aussi devenir utiles quand les structures manquent de main-d'œuvre.
- **Avoir recours à des travailleurs sociaux :** si le niveau d'anxiété d'un patient ou de la personne qui l'accompagne est trop élevé, il est conseillé de faire appel à des travailleurs sociaux, psychosociaux ou des conseillers qui sauront apporter un soutien psychosocial de base.

**Pour les personnels de santé :** tout le monde ne réagit pas de la même manière. Certaines personnes réagissent rapidement, d'autres ne réagissent qu'après un certain temps. Il est donc recommandé d'évaluer régulièrement les membres du personnel et leurs besoins pour les aider à temps. Il faut aussi penser que les mécanismes d'adaptation à une situation varient selon les individus en fonction de la culture, des croyances, de l'âge et du sexe. Les interventions doivent être flexibles et adaptées au contexte pour être efficaces. Les recommandations détaillées ci-dessous sont destinées aux superviseurs et aux responsables, ainsi qu'aux équipes et à chaque personne devant faire face à une réaction au stress :

**Superviseurs/responsables :** l'engagement de la hiérarchie est indispensable pour apporter un soutien efficace. Il est recommandé de mettre en place des protocoles de dépistage et d'orientation avant, pendant et après une situation de stress et de prévoir des formations et des directives pour mettre en place un soutien par les pairs et des mécanismes d'autoprotection. Il ne faut pas oublier cependant que les traumatismes graves exigent l'intervention de professionnels de la santé mentale.

**Voici quelques conseils utiles :**

- orienter et soutenir les membres d'une équipe ;
- procéder à des évaluations et des dépistages avant et après une nouvelle affectation. Pour les membres du personnel qui restent au même endroit, le dépistage peut se faire deux fois par an et après chaque situation de stress ;
- respecter la confidentialité afin que chacun se sente libre d'admettre qu'il est victime du stress et de demander de l'aide ;
- insister sur la nécessité de prendre soin de soi-même ;
- s'assurer que les membres du personnel prennent des pauses entre des moments de stress ;
- créer un système de soutien par les pairs pour partager les expériences ;
- former les membres du personnel à apporter des soins psychologiques de base et à prendre soin d'eux-mêmes ;
- assurer le suivi des membres de l'équipe.

**Équipes :** les systèmes de soutien par les pairs présentent de nombreux avantages. L'aide apportée aux membres du personnel est donnée rapidement par une personne qui connaît la situation. Le soutien précoce d'un pair peut éviter que d'autres problèmes ne surgissent car il apprend à développer ses propres capacités de défense. En formant des groupes, les pairs mettent leurs connaissances, leurs points de vue et leurs expériences en commun pour le bien de tous.

Un groupe de pairs peut offrir :

- un soutien informel pendant et après le travail ;
- un cadre établi pour discuter du travail et résoudre les problèmes en équipe ;
- un espace de discussion pour partager ses idées et ses sentiments avec une personne de confiance ;
- la possibilité d'écouter les autres et de discuter avec eux (que penses-tu/que pensent-ils de tel ou tel événement ?) ;
- la possibilité d'encourager et de soutenir les collègues et d'être disponible sans être intrusif ;
- la confidentialité (à la base de tout soutien) ;
- un suivi qui n'est pas intrusif et le recours à des soins professionnels si quelqu'un manifeste la volonté de se faire du mal ou de faire du mal aux autres.

**Personnes :** les membres du personnel ont un rôle déterminant à jouer pour gérer leur propre stress. On ne prête bien souvent pas attention à ses propres réactions psychologiques lors de situations stressantes par manque de temps ou parce que l'on n'est pas conscient de les avoir vécues. Il est recommandé de former les membres du personnel à prendre soin d'eux-mêmes.

Voici quelques conseils utiles :

- prendre soin de soi : manger correctement, limiter la consommation d'alcool et de tabac et se maintenir en forme ;
- éviter de cacher ses sentiments ;
- parler de ses sentiments aux pairs en qui on a confiance ou au superviseur quand un incident troublant survient et à chaque fois que l'équipe est relevée ;
- éviter de recourir à l'automédication ;
- ne pas interrompre ses activités habituelles comme aller au travail, cuisiner, se baigner et passer du temps en famille et avec les amis ;
- trouver un exutoire qui soit bénéfique, comme partager ses sentiments avec des amis, faire de l'exercice ou s'exprimer par écrit ;
- se ménager ;
- consulter un professionnel ;
- parler ouvertement des problèmes sans craindre les conséquences ;

- faire une pause si on sent que la tolérance s'épuise;
- rester en contact avec la famille et les amis;
- éviter le perfectionnisme : vouloir tout faire correctement conduit souvent à des déceptions et à des conflits.

### Soutien en matière de gestion des émotions, des informations et des différents outils<sup>22</sup>

Les responsables et les membres du personnel désignés à cette fin devraient offrir un accompagnement dans la gestion des émotions, des informations et des différents outils permettant de faire face à la peur, à l'anxiété et au stress, de répondre aux attentes et de contribuer au retour à la normale. Les mesures présentées dans le tableau ci-dessous doivent être prises quand cela semble nécessaire en fonction de la situation. En effet, tous les programmes de santé mentale doivent être adaptés au contexte.

Émotions	Informations	Outils
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconnaître le stress et les nouveaux besoins.</li> <li>• Donner des conseils pour gérer le stress et apprendre à s'adapter aux situations.</li> <li>• Prévoir un numéro d'appel d'urgence pour informer le personnel et le soutenir en cas de stress et d'anxiété.</li> <li>• Mettre en place un système convivial pour encourager les membres du personnel à être attentifs les uns aux autres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une communication claire, sincère et régulière.</li> <li>• Donner des consignes écrites au personnel sur les moyens de prendre soin de soi, en montrant tout l'intérêt qu'on porte à son bien-être.</li> <li>• Donner aux membres du personnel l'occasion de poser des questions, de faire des suggestions et de participer activement, lors de réunions d'information régulières à l'heure du déjeuner ou par courriel.</li> <li>• Assurer le suivi régulier des questions et des suggestions des membres du personnel.</li> <li>• S'assurer que les membres du personnel sont bien informés.</li> <li>• Distribuer des directives papier lorsqu'aucun accès Internet n'est disponible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévoir un système garantissant une communication régulière avec les proches.</li> <li>• Répondre aux besoins matériels des membres du personnel (p. ex. en alimentation, transport, prise en charge des enfants et des aînés, médicaments, équipement).</li> <li>• Prévoir des espaces de détente pour les membres du personnel avec la possibilité de prendre une collation saine, de téléphoner et d'utiliser un ordinateur, surtout s'ils enchaînent de longues heures de travail.</li> </ul>

#### Le Centre de référence pour le soutien psychosocial :

Basé à Copenhague dans les bureaux de la Croix-Rouge danoise, le Centre de référence pour le soutien psychosocial est rattaché à la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge. Il aide les Sociétés nationales à promouvoir et à garantir le bien-être psychosocial des bénéficiaires, des membres du personnel et des volontaires. Le programme de soutien psychosocial de la Fédération a pour mission d'accompagner le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge dans ses efforts visant à mieux faire connaître les réactions psychologiques aux catastrophes ou troubles sociaux, à faciliter le soutien psychologique et psychosocial, à rétablir les liens communautaires et les mécanismes de résilience, et à renforcer

<sup>22</sup> British Columbia Ministry of Health, *Pandemic Influenza Psychosocial Support Plan for Health Care Workers and Providers*, ministère de la Santé, Colombie-Britannique, septembre 2012.

le soutien émotionnel pour les membres du personnel et les volontaires. L'objectif du Centre est de faire en sorte que le soutien psychosocial soit de plus en plus intégré au travail des Sociétés nationales et aux programmes d'intervention de la Fédération car il s'avère être un moyen efficace pour apaiser la souffrance humaine, promouvoir le bien-être psychosocial, accélérer les processus de rétablissement et renforcer la résilience au sein des communautés<sup>23</sup>.

### 3.3 La composition du personnel

La façon dont la structure médicale est perçue dans la communauté peut avoir une incidence sur le niveau de sécurité de son personnel et des patients. Il est donc important de se pencher sur la gestion de la structure et plus particulièrement sur la gestion du personnel. Pour favoriser l'acceptation de la structure par la communauté, il faut veiller à la transparence des processus de recrutement et porter une attention particulière à la composition des effectifs. Dans la mesure du possible, ses employés devraient être représentatifs de la diversité ethnique, culturelle et religieuse de la communauté et une représentation équilibrée des hommes et des femmes devrait être assurée.

### 3.4 La préparation du personnel

Il est impossible d'être complètement à l'abri du stress quand on travaille dans une structure médicale. Mais en reconnaissant qu'il existe et en préparant chacun à y faire face, il est possible de mieux le gérer et d'en réduire l'intensité.

Les responsables des structures médicales doivent s'assurer que les conditions de travail sont aussi stables que possible. Toutefois, en situation de crise, le personnel doit faire preuve de flexibilité et s'adapter rapidement à de nouveaux besoins. En phase de préparation, les obligations contractuelles peuvent faire l'objet d'une révision pour ajuster le cahier des charges. Il faut être aussi précis que possible dans la définition des rôles, des responsabilités et des attentes envers le personnel en situation d'urgence pour éviter toute confusion.

Des formations et des exercices de préparation devraient être prévus régulièrement avec les personnels médicaux et non médicaux.

#### **Principaux aspects sur lesquels porte la préparation :**

- *la protection et la négociation, la compréhension des risques, le principe consistant à « ne pas nuire », la sensibilisation à la communication et à la protection sociale;*
- *la communication avec les patients, leurs proches et d'autres parties prenantes dont les médias, apprendre à gérer la pression et les attentes des proches et d'autres personnes et à réagir en cas d'agressivité;*
- *le soutien psychologique de base et les stratégies d'autoprotection.*

Les membres du personnel doivent aussi être informés de leurs responsabilités en qualité de prestataires de soins dans les conflits armés ou autres situations d'urgence et des problèmes d'éthique qui peuvent se poser à eux dans l'accomplissement de leurs tâches. La publication intitulée *Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans les conflits armés et d'autres situations d'urgence* mène une réflexion plus approfondie sur ce sujet.

### 3.5 La sécurité des patients

Le niveau de soins et la qualité des services fournis dans une structure médicale peuvent avoir une incidence sur la façon dont la structure est perçue par la communauté et d'autres parties prenantes, ce qui aura un impact indirect sur sa sécurité. Cela étant, il est essentiel de veiller à ce que les soins soient fournis en toute impartialité et que la qualité des services soit maintenue pendant la crise.

<sup>23</sup> Pour en savoir davantage sur la mission et la stratégie du Centre de référence pour le soutien psychosocial de la Fédération, consulter l'adresse: <http://pscentre.org/who-we-are/mission-strategy/> (dernière consultation septembre 2015).

Respecter la confidentialité est un impératif pour garantir la sécurité des patients. Pour cette raison, les membres du personnel devraient transmettre les informations sensibles sur les patients avec circonspection. Parfois, la législation nationale l'emporte sur l'exigence absolue de confidentialité. Dans certains pays, les personnels de santé peuvent avoir l'obligation de signaler certains problèmes de santé aux autorités, comme les blessures provoquées par des armes à feu ou certaines maladies infectieuses. Dans un contexte militaire, il y a des moments où les informations sur l'état de santé d'une personne doivent être communiquées à un officier supérieur. La personne concernée doit être informée que la divulgation de ces informations dans ce cadre répond à une exigence légale ou militaire.

Si le patient refuse la divulgation d'informations de nature médicale le concernant et qu'il n'est pas possible de respecter ce vœu, il incombe aux personnels de santé de lui expliquer pourquoi cela n'est pas envisageable et de lui dire quelles conséquences la transmission de ces informations peut avoir<sup>24</sup>.

Si les personnels de santé doivent veiller à ce que les patients qu'ils soignent soient respectés et protégés, ils doivent aussi être conscients des risques que peuvent représenter certains patients pour la structure médicale. Certains patients peuvent être une menace pour d'autres patients et les personnels de la structure médicale en raison de leur comportement ou de leurs appartenances. Il est donc important que les personnels de santé en soient conscients. Il leur est recommandé de ne pas faire de distinction entre les patients sur cette base car cela pourrait avoir des répercussions sur la sécurité de la structure. Ils doivent au contraire être le plus neutre possible dans la façon dont ils gèrent leurs patients. Cela dit, dans certaines circonstances exceptionnelles, et lorsque les conditions médicales et pratiques le permettent, il peut être nécessaire de libérer plus tôt les patients qui représentent un risque important.

### 3.6 Les proches des patients

Il convient d'être à l'écoute des besoins des proches des patients et des expériences vécues. Les proches subissent le stress de la crise en cours et ils sont préoccupés par la santé d'une personne qui leur est chère. Cette situation est évidemment difficile pour eux et elle peut influencer leur comportement vis-à-vis des autres. Les proches des patients doivent être accueillis chaleureusement et ouvertement. On doit comprendre leur situation, tout en étant conscient des risques potentiels et des confrontations qui pourraient se produire.

L'une des mesures concrètes que l'on conseille d'appliquer consiste à prévoir dans la structure médicale des salles d'attente pour les proches des patients, qui peuvent aussi servir à limiter le nombre de personnes sur place. La contribution des proches peut être utile dans la mesure où ils peuvent apporter un soutien et des soins supplémentaires aux patients ; ils peuvent par exemple leur donner des conseils ou à manger ; c'est d'ailleurs une tradition dans de nombreuses cultures. Pendant une urgence toutefois, il est aussi capital de gérer les flux de personnes pour éviter que la structure médicale ne soit surchargée.

Faire appel à des travailleurs sociaux pour apporter un soutien émotionnel aux proches peut être un autre moyen d'alléger la tâche des personnels de santé.

Il faut donner régulièrement des informations aux proches sur le traitement du patient. Dans certains cas, il peut être souhaitable ou même nécessaire d'obtenir le consentement d'un proche pour un traitement particulier. Ce consentement peut remplacer ou venir soutenir celui du patient. On évite ainsi tout malentendu ultérieur concernant les mesures prises et les raisons de ces choix.

### 3.7 Les irrptions dans les structures médicales

L'irruption d'hommes armés et de personnes non autorisées peut menacer la sécurité d'une structure médicale. Dans la mesure du possible, les membres du personnel de santé doivent être formés pour gérer de telles situations.

<sup>24</sup> Le contenu de cette section se fonde sur la publication *Les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, avril 2013. Pour plus d'informations sur le secret médical, voir la publication réalisée dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » : *Cadres normatifs nationaux pour la protection des soins de santé*, Genève, 2015.



Il faut bien distinguer les situations dans lesquelles des hommes armés entrent légalement dans la structure et celles où ils y font irruption de façon illégale. Pour empêcher ces dernières, des systèmes de sécurité et des mesures physiques de contrôle des entrées doivent être mis en place, comme expliqué dans le présent chapitre. À titre préventif, il est important de mener des campagnes de sensibilisation et d'entretenir un dialogue régulier avec les parties au conflit et les autres parties prenantes pour faire comprendre le caractère impartial des soins de santé et des services proposés.

Dans la plupart des contextes, les structures médicales appliquent une politique d'interdiction des armes. Cette mesure de prévention est utile pour éviter que les tensions ou les conflits ne s'enveniment à l'intérieur de la structure médicale. Dans certains cas, il peut toutefois être difficile d'appliquer une telle politique, en particulier si des problèmes de confiance se posent dans la communauté. Il faudrait néanmoins tout faire pour convaincre les personnes concernées d'abandonner leur arme avant d'entrer dans la structure médicale, lorsque c'est possible.

## La sécurisation de l'hôpital de Kaga Bandoro en République centrafricaine

### Le contexte

Lorsque la République centrafricaine est devenue le théâtre d'un conflit en 2012, Kaga Bandoro, dans le district de Nana Gribizi, a été l'une des premières villes à tomber aux mains de la Séléka, une coalition de groupes armés provenant principalement du nord et de l'est du pays. Après s'être emparée de la ville en décembre 2012, la coalition a marché sur la capitale où elle a pris le pouvoir après le coup d'État de mars 2013.

Depuis qu'elle a été prise par la coalition, la ville de Kaga Bandoro vit au quotidien dans l'insécurité, qui entrave l'accès aux soins et perturbe l'économie locale.

Plusieurs raisons expliquent pourquoi l'accès aux soins n'est plus garanti dans ce district. Premièrement, face à l'insécurité, la plupart du personnel sanitaire qualifié a quitté Kaga Bandoro pour rejoindre Bangui; deuxièmement, l'hôpital local et ses véhicules ont été la cible de pillages et troisièmement la présence d'hommes armés dans l'enceinte de l'hôpital a dissuadé les habitants de s'y rendre et d'avoir accès aux services de santé fournis.

L'instabilité dans la région a aussi eu un impact négatif sur l'économie locale. Les incidents et les vols fréquents sur les routes principales ont considérablement réduit l'activité commerciale. De plus, les fonctionnaires locaux ne recevant plus leur salaire, de nombreuses familles n'ont plus été capables de subvenir à leurs besoins.

### Le projet

Desservant quelque 134 000 personnes, l'hôpital de Kaga Bandoro est l'hôpital de référence du district. Un projet a été lancé en 2013 avec l'aide du CICR pour renforcer la sécurité de l'hôpital<sup>25</sup>.

L'infrastructure de l'hôpital était particulièrement vulnérable car l'accès aux bâtiments n'était protégé par aucune barrière physique ou mur d'enceinte. En conséquence,

- des problèmes de sécurité se posaient du fait de la présence d'hommes armés dans l'hôpital; le personnel et les patients ont davantage craint pour leur sécurité et certains patients ont refusé d'être hospitalisés pour cette raison;
- les actes de vandalisme (par exemple des vols de câbles électriques pendant la nuit) étaient fréquents.

Il a alors été décidé de construire un mur d'enceinte autour de l'hôpital et de délimiter clairement la zone en installant signes et emblèmes afin de mieux protéger l'hôpital. Cela a été fait dans le cadre d'un programme « argent contre travail » qui a permis d'engager les membres de la communauté et de soutenir financièrement les familles à faible revenu touchées par l'instabilité dans le district grâce à un salaire mensuel de 2 000 francs CFA. Parallèlement aux travaux de construction, des réunions de sensibilisation ont été organisées pour expliquer le caractère impartial des soins de santé.

<sup>25</sup> Financé par le gouvernement suisse dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger ».

Ces réunions, qui s'adressaient à différents types de public, dont les forces armées, le personnel de l'hôpital et les habitants, devaient atteindre les objectifs suivants :

- Inciter les forces armées et les habitants à respecter et à protéger les personnels de santé, les structures médicales et les véhicules sanitaires et à rappeler qu'ils sont protégés par le droit international humanitaire, le droit humanitaire relatif aux droits de l'homme et le droit national.
- Aider le personnel et les patients à se sentir en sécurité à l'intérieur de l'hôpital.

### Les résultats

La sécurité de l'hôpital de Kaga Bandoro a été renforcée grâce au mur d'enceinte. Construit sur des fondations solides, il devrait rester debout pendant au moins 25 ans. Le programme « argent contre travail » a employé 160 personnes et a offert un revenu à leur famille.

Le résultat premier du projet a été la restriction de l'accès des porteurs d'armes à l'hôpital. Un système d'alarme a aussi été installé. Il permet aux gardes et au personnel de l'hôpital de signaler directement au CICR ou aux patrouilles des forces de sécurité locales toute tentative d'irruption dans le périmètre de l'hôpital la nuit. Quand la crise a éclaté, le travail de nuit a été suspendu pour des raisons de sécurité. Grâce au système d'alarme, le personnel de l'hôpital ne craint plus le travail de nuit. Quand les tensions ont été très fortes dans la ville, le CICR a aidé les membres du personnel de l'hôpital à organiser les entrées et les admissions des patients, dans de nombreux cas des hommes armés blessés, l'objectif étant de réduire les tensions pour le personnel de santé et les patients.

Des activités de sensibilisation ont été organisées sur le caractère impartial des soins de santé. Destinées à des publics divers, elles ont été organisées sous différentes formes, dont une petite production théâtrale. Les principaux messages qui ont été diffusés ont été les suivants :

- Les panneaux « Armes interdites » à l'entrée de l'hôpital doivent être respectés. Cela signifie que les armes doivent être laissées dehors avant toute entrée dans les locaux.
- Le personnel de santé doit être respecté et il ne doit pas être menacé, car il doit pouvoir continuer à sauver des vies.
- Les hôpitaux ont une importance vitale pour la communauté. Leurs biens doivent être respectés et ils ne doivent pas être pillés. Les ambulances et les médicaments sauvent des vies, raison pour laquelle ils ne doivent pas être endommagés ou pillés.

On a constaté qu'en période de conflit, les membres de la famille en visite profèrent souvent des menaces verbales à l'encontre des patients d'autres groupes ethniques. Le CICR a progressivement intensifié le dialogue à un niveau de plus en plus élevé avec les forces armées et les groupes armés, mais aussi avec des membres de la société civile comme les associations de jeunesse pour les sensibiliser au problème. Les volontaires de la Croix-Rouge locale organisent des réunions d'information pour les visiteurs et les patients deux fois par semaine et les messages qu'ils transmettent pendant ces réunions sont repris sur des affiches produites localement.

## 3.8 Les communautés

Même si la sécurité d'une structure médicale est de la responsabilité des autorités étatiques, faire participer les responsables communautaires aux activités de sensibilisation et d'information peut contribuer à un respect accru des services fournis et à une meilleure compréhension du caractère impartial des soins de santé au sein de la communauté. Instaurer ce climat de confiance contribue à renforcer la sécurité des personnels, des patients et des structures médicales.

## 3.9 Les relations avec les médias<sup>26</sup>

Les contacts avec la presse peuvent eux aussi être une cause de stress et de risque pour le personnel et les patients. Pourtant, si on leur donne une image réaliste de ce qui se passe dans une situation de violence précise, les médias peuvent contribuer à ce que les choses s'améliorent. Une couverture médiatique précise et juste peut contribuer à renforcer les ressources mises à disposition pour les soins de santé, influencer la nature et la portée de la violence et même mettre un terme au conflit.

<sup>26</sup> Cette section reprend des extraits de la publication intitulée *Les soins de santé en danger : les responsabilités des personnels de santé à l'œuvre dans des conflits armés et d'autres situations d'urgence*, CICR, Genève, avril 2013.

Établir un dialogue régulier avec les médias pour expliquer le fonctionnement de la structure peut être utile pour réduire les tensions en situation de crise. Informer sur les services disponibles, sensibiliser et faire accepter l'impartialité des soins de santé par le biais de différents moyens de communication sont d'autres actions qui contribuent à renforcer la sécurité de la structure médicale. Pour ce qui touche au patient, le respect de la confidentialité doit rester une priorité dans les contacts avec les médias.

**Voici quelques conseils utiles pour les contacts avec les médias :**

- désigner une personne de contact parmi les membres du personnel de la structure médicale;
- s'assurer d'avoir défini une politique vis-à-vis des médias, avec des directives claires concernant l'emploi des réseaux sociaux;
- s'assurer que les journalistes qui désirent interviewer un membre du personnel et entrer dans une structure médicale reçoivent un exemplaire de la politique vis-à-vis des médias.

**Autres points à garder à l'esprit :**

- le bien-être et le respect de la vie privée des blessés et des malades doivent toujours l'emporter sur la curiosité ou les besoins des médias;
- les blessés et les malades doivent être préservés de la curiosité des médias;
- demandez à voir la carte de presse de toute personne qui se présente comme journaliste;
- ne vous laissez pas intimider et ne répondez pas à des questions contre votre gré;
- évitez de répondre aux questions qui ont pour seul objet de provoquer une réaction émotionnelle;
- assurez-vous toujours de savoir si ce que vous dites pourra être rendu public ou non; sachez qu'un journaliste peut considérer une simple conversation comme une interview. S'il est impossible de l'établir avec certitude, partez du principe que vos propos peuvent être reproduits;
- méfiez-vous des enregistreurs ou des caméras cachés;
- faites le premier pas en organisant des points de presse lorsqu'une activité attire l'attention sur la structure médicale;
- avant de faire une déclaration publique, quelle qu'elle soit, réfléchissez à la véracité de vos propos et aux conséquences qu'ils entraîneront pour votre sécurité et celle de vos collègues et aussi pour la sécurité des blessés et des malades.



MIRWAIS REGIONAL HOSPITAL

میرویس حوزوی روغتون

with the support of ICRC

دسره صلیب نړیوالی کمیټې په مرسته



سلاح منع ده

NO WEAPONS





# 4. SÉCURITÉ DE L'INFRASTRUCTURE MÉDICALE<sup>27</sup>

## 4.1 Introduction

Les conflits armés et autres situations d'urgence constituent une menace pour la sécurité physique des structures médicales. Il arrive que des attaques endommagent des parties essentielles de l'infrastructure et perturbent de ce fait les services de santé.

Aucune mesure ne peut protéger totalement une structure médicale d'une attaque à l'artillerie lourde, d'une frappe aérienne ou d'une intrusion. Des mesures de protection permettent toutefois de réduire les conséquences de tels incidents ou d'éviter en amont qu'ils ne se produisent. Ces différentes mesures contribueront à protéger le personnel et les patients à l'intérieur de la structure médicale et à limiter les perturbations des services de santé pour la population.

Le présent chapitre passe en revue un certain nombre de principes architecturaux communément acceptés et des considérations du domaine de l'ingénierie qui ont une importance pour la sécurité physique de l'infrastructure. Même si toutes les mesures présentées ci-après visent à renforcer la sécurité des structures médicales, un haut niveau de protection ne peut être atteint sans que toutes les parties au conflit, les autorités étatiques et la population n'acceptent d'épargner les structures médicales et les personnels de santé des attaques et des entraves.

## 4.2 L'évaluation des risques

Il faut commencer par procéder à une évaluation consciencieuse des risques pour déterminer ensuite les mesures à appliquer. La section 2.3 décrit les principales étapes de l'évaluation des risques.

Les risques pour l'infrastructure peuvent être directs ou indirects :

- L'irruption de groupes armés et les attaques visant l'infrastructure sont des risques directs.
- Les perturbations de l'approvisionnement en eau et en électricité et le blocage de l'accès à l'infrastructure pour les patients, le personnel et le matériel sont des risques indirects.

Que les risques soient directs ou indirects, la continuité de la fourniture des services de santé est l'un des principaux facteurs à prendre en compte dans cette évaluation des risques, comme il en a déjà été question au chapitre premier.

## 4.3 L'équilibre à trouver entre la sécurité physique, l'accès et l'image positive de la structure

Avant de prendre des mesures pour améliorer la protection physique d'une structure médicale, il est essentiel d'examiner les conséquences qu'elles peuvent avoir sur la façon dont la structure est perçue par la communauté et les parties au conflit. Une structure médicale qui ressemble à une forteresse peut être plus vulnérable aux attaques qu'une structure moins fortifiée, car elle pourrait être considérée comme une cible militaire d'importance ou comme un bastion à prendre par l'une des parties au conflit. Le niveau de protection physique approprié va donc varier en fonction du contexte.

Les mesures de sécurité ne devraient pas intimider les bénéficiaires ni donner l'impression aux visiteurs de ne pas être les bienvenus. Les restrictions d'accès à certaines zones à l'intérieur de la structure ne

<sup>27</sup> Le contenu de ce chapitre s'inspire des conclusions des ateliers organisés dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » et des publications consacrées à ce sujet, en particulier les publications de l'Institut de technologie indien de Kanpur (Indian Institute of Technology Kanpur, *IITK-GSDMA Guidelines on Measures to Mitigate Effects of Terrorist Attacks on Buildings*, 2008), du Département de la défense des États-Unis (United States Department of Defense, *UFC 4-023-07: Unified Facilities Criteria – Design to Resist Direct Fire Weapons Effects*, 2008) et de l'Agence fédérale de gestion des urgences des États-Unis (United States Federal Emergency Management Agency, *FEMA 453: Safe Rooms and Shelters – Protecting People Against Terrorist Attacks*, 2006).

devraient pas non plus perturber les flux de patients et l'approvisionnement en matériel. La structure doit aussi prévoir l'arrivée en masse de victimes et posséder des capacités suffisantes pour y faire face.

## 4.4 L'évaluation du site

### 4.4.1 Son emplacement

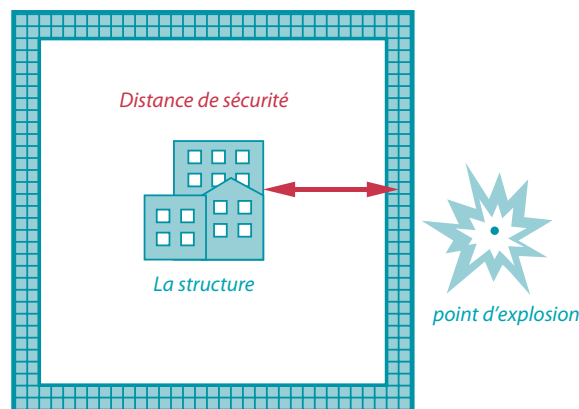
L'emplacement de la structure médicale peut la rendre vulnérable. Si elle est proche d'une cible potentielle – un camp militaire, une usine chimique, une plateforme de transport ou une centrale électrique – les risques de dommages collatéraux seront plus élevés. Dans ce cas, des mesures de protection supplémentaires pourront être nécessaires.

Partant du principe qu'une structure médicale désignée comme telle ne sera pas visée délibérément, il est recommandé d'en indiquer clairement l'emplacement par des moyens signalétiques ou physiques pour que la structure se distingue bien du reste de la zone de conflit et qu'il ne puisse y avoir de confusion. Le droit international humanitaire ne précise pas à quelle distance de la structure médicale on peut placer des armes, mais il fixe comme obligation générale de prendre toutes les précautions nécessaires pour protéger les biens de caractère civil soumis à leur autorité, notamment les structures médicales, contre les dangers résultant des opérations militaires<sup>28</sup>.

Il faut prévoir dès que possible plusieurs voies d'accès à la structure médicale. Les patients, les personnels et l'approvisionnement doivent pouvoir emprunter au moins deux routes différentes pour accéder à la structure médicale ou pour l'évacuer si besoin en est. La planification du réseau routier de la ville devrait si possible en tenir compte.

### 4.4.2 La distance de sécurité

L'impact d'une explosion diminue beaucoup avec la distance : l'intensité de l'impact à un point donné est inversement proportionnelle au cube de sa distance du lieu de l'explosion. Le moyen le plus économique de protéger une structure médicale des dommages causés par des explosions consiste donc à l'éloigner des risques d'explosion, en augmentant ce que l'on appelle la « distance de sécurité ».



La distance de sécurité idéale varie en fonction du type d'explosion pouvant se produire, de la construction et du niveau de protection souhaité. Les constructions traditionnelles bien aménagées et entourées de grands espaces devraient être bien protégées contre les explosions. Mais en milieu urbain, il sera plus difficile de prévoir une distance de sécurité satisfaisante, si la structure est tout près d'autres bâtiments ou d'espaces publics. Dans de tels cas, des mesures de protection pourraient être prises avec l'accord des autorités municipales, pour ériger par exemple un mur renforcé autour de la structure, utiliser des sacs de sable ou de terre, selon ce qui est disponible sur place, et dresser des obstacles

<sup>28</sup> PA I, art. 58 c) et étude du DIH coutumier, règle 22. De plus, des obligations spécifiques découlent du DIH applicable aux conflits armés internationaux. Conformément à ces obligations, les parties au conflit doivent, dans la mesure du possible, veiller à ce que les établissements médicaux soient situés de telle façon que des attaques contre des objectifs militaires ne puissent les mettre en danger. Voir à ce sujet: CG I, art. 19, par. 2; CG IV, art. 18, par. 5; et PA I, art. 12.4.

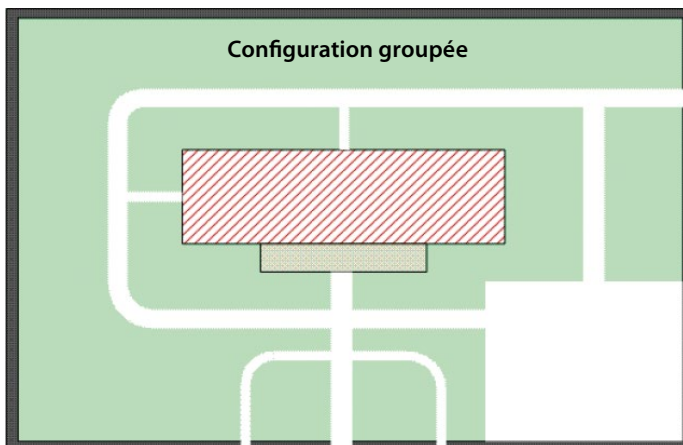
(un barrage routier par exemple). Ces mesures serviront à repousser le périmètre de sécurité, rendant ainsi la structure plus résistante. Il peut aussi être utile de déplacer les chambres et salles pour les patients au centre du bâtiment pour les éloigner des murs extérieurs même si cela peut réduire la capacité de la structure médicale et priver les patients de la lumière du jour. Les bâtiments dont des pièces donnent sur une cour intérieure seront encore plus adaptés.

#### 4.4.3 La configuration de la structure

Les hôpitaux et autres structures médicales occupent rarement un seul bâtiment. Il arrive souvent qu'ils aient été construits en plusieurs étapes sans que l'on ait bien pensé à rationaliser les déplacements du personnel, des patients et des visiteurs ni le transport du matériel et des fournitures. Changer l'agencement interne de la structure et mieux contrôler les mouvements de personnes et des biens peut renforcer la sécurité et améliorer le fonctionnement général de la structure médicale. Lorsque c'est possible, il faudrait qu'avant toute construction, les plans soient dessinés en prévoyant les futurs projets de développement pour que la configuration de la structure reste cohérente et que la sécurité en soit renforcée.

Lorsque plusieurs bâtiments sont prévus sur un même site, deux options sont possibles : soit on les regroupe, soit on les disperse. Chacune de ces options présente des avantages et des inconvénients selon le contexte.

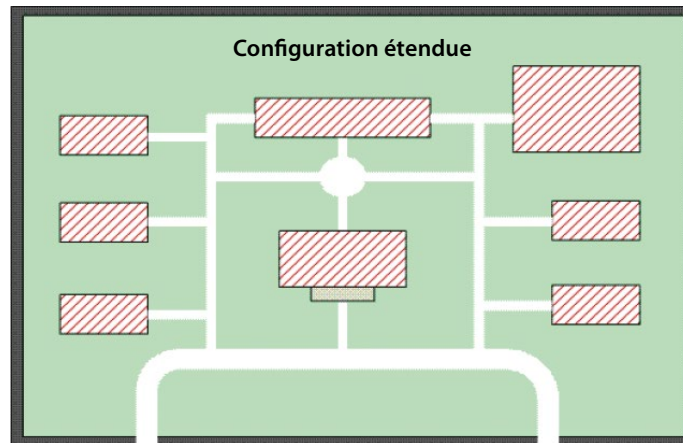
##### *Configuration groupée*



Le fait d'accoler les bâtiments les uns aux autres ou d'ajouter des étages permet de maximiser la distance de sécurité qui sépare les locaux du périmètre extérieur de la structure et de réduire au minimum les mesures de protection le long de celui-ci, ainsi que le nombre d'accès possibles et celui des postes de contrôle. Il est en outre plus facile d'aménager un espace de sécurité ou une salle sécurisée dans un seul bâtiment sur plusieurs étages (par exemple le sous-sol) en cas d'attaques.

Cette configuration présente aussi des inconvénients. Par exemple, un grand nombre de personnes vont être regroupées au même endroit, ce qui n'est pas le cas si les bâtiments sont dispersés. En cas d'attaque aux explosifs, le nombre de victimes et les dommages collatéraux pourraient donc être plus importants. Un bâtiment à plusieurs étages sera aussi plus vulnérable à l'interruption de certaines sources d'approvisionnement : les ascenseurs utilisés pour déplacer les patients dans le bâtiment seront par exemple inutilisables en cas de coupure d'électricité.

### Configuration étendue



Une configuration étendue présente plusieurs avantages. En cas d'attaque aérienne, de bombardement ou d'irruption de personnes non autorisées, une structure médicale comprenant plusieurs unités réparties sur une plus grande superficie sera moins exposée aux dommages collatéraux qu'une structure dont les unités sont regroupées. Les tentatives d'attaques ou les intrusions hostiles peuvent être retardées ou évitées si l'espace autour des bâtiments a été correctement aménagé et que des éléments architecturaux ont été installés pour les rendre plus difficiles. Une zone tampon peut être aménagée entre les zones accessibles au public et les parties sensibles de la structure, par exemple, en mettant des obstacles ou des barrières physiques, en aménageant un chemin en serpentin ou en séparant les unités au sein de la structure.

Il est toutefois plus difficile de sécuriser plusieurs bâtiments à un étage très dispersés qu'un seul bâtiment à plusieurs étages à moins que l'enceinte de la structure et ses voies d'accès ne soient contrôlées en permanence. Le mur de clôture devrait être construit très haut et le plus loin possible de la structure médicale. Sinon, il faudra prendre des mesures pour sécuriser rapidement le périmètre, si nécessaire, mais cela risque d'augmenter les frais de surveillance (gardes, matériel électronique, etc.) car il y aura davantage d'accès à contrôler.

## 4.5 L'organisation des bâtiments

Pour qu'une structure médicale continue de bien fonctionner pendant une crise, il faut aussi prendre en compte l'emplacement des aires de stationnement, des réserves de carburant et de la réception. Ces zones sont considérées comme des zones sensibles qui devraient être séparées des parties sécurisées de la structure. L'idéal, en milieu urbain, est de les situer à l'extérieur ou à une extrémité du bâtiment principal. Prévoir une zone de réception en dehors des murs du bâtiment principal permet par exemple d'éviter que la structure ne soit endommagée ou détruite en cas d'explosion à l'entrée.

Par souci de sécurité, les espaces qui ne sont pas à risque comme les bureaux pourraient être situés aux étages supérieurs tandis que les espaces plus sensibles comme le bloc opératoire pourraient être aménagés au centre du bâtiment.

Les réserves de carburants inflammables devraient être éloignées des zones accessibles au public comme l'entrée ou l'aire de stationnement. Si la structure se trouve sur un terrain en pente, les réserves de carburant devraient être entreposées sous terre ou plus bas que les bâtiments opérationnels et les services sensibles, en prenant aussi en compte les risques d'inondation.

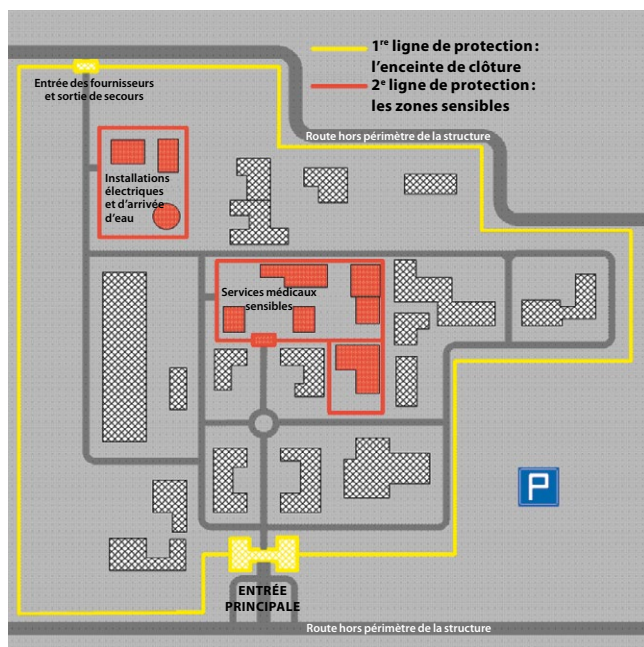
Dans certains cas, il est possible, en toute légalité, de dissimuler certaines zones sensibles ou de diriger les attaquants dans la structure vers les zones qui ne sont pas à risque. Par exemple, si un bâtiment sensible est partiellement enterré, que ses accès sont dissimulés et qu'il est recouvert d'une toiture végétale, il attirera moins facilement l'attention d'attaquants voulant pénétrer dans la structure qu'un bâtiment plus élevé dont les entrées sont clairement signalées.

## 4.6 Les accès et le contrôle des entrées

Des mesures doivent être prises pour gérer les accès, contrôler les entrées et organiser les déplacements à l'intérieur et autour de la structure. À l'intérieur de la structure, certaines zones sensibles doivent être protégées de manière particulière pour éviter que des personnes non autorisées ou armées n'y pénètrent. Il faut trouver un juste milieu entre protéger les services de santé de toute interruption et garantir l'accès aux patients, à leurs proches et aux personnels de santé.

Pour éviter ou diminuer les conséquences d'une intrusion de personnes armées ou d'une explosion, il est recommandé d'établir un périmètre de protection et de contrôle délimité par des lignes concentriques physiques ou opérationnelles, avec une augmentation progressive du niveau de sécurité. De cette manière, plusieurs niveaux de sécurité séparent le public des zones sensibles, pour qu'il soit plus facile d'arrêter une personne mal intentionnée avant qu'elle ne mette en péril le fonctionnement de la structure.

### Structure médicale



#### 4.6.1 La première ligne de protection : l'enceinte de clôture

Le périmètre autour de la structure constitue la première ligne de protection. Il doit être fermé par une clôture ou d'autres types de barrière avec des entrées contrôlées par des gardes. Le choix du type de clôture dépend du contexte, des menaces potentielles et de la structure médicale. Cela peut aller du simple grillage tendu entre des poteaux au mur de béton armé surmonté de fil de fer barbelé, avec des bornes escamotables et des barrières aux accès.

Limiter le nombre de points d'accès à la structure facilite le contrôle des entrées, mais il faut aussi prévoir des sorties de secours directement accessibles. Un éclairage peut être installé le long de la clôture et à l'entrée principale pour faciliter l'identification des personnes et des véhicules. Planter des arbres peut certes contribuer à dissimuler la structure aux regards et éviter qu'elle ne soit directement visée par des armes légères, mais des personnes cherchant à entrer dans la structure pourraient grimper à ces arbres pour sauter par-dessus la clôture. Quant aux aires de stationnement, elles devraient être situées en dehors de la zone de sécurité, surtout si les véhicules ne sont pas inspectés à l'entrée.



#### 4.6.2 L'entrée principale, le contrôle de sécurité et le triage

L'emplacement et l'aménagement de l'entrée principale de la structure médicale sont des aspects importants pour la sécurité. L'entrée principale devrait être surveillée par des gardes, présents sur place ou depuis des écrans de contrôle. Quant aux entrées du personnel, elles peuvent être éloignées de la réception mais proches du parking. L'entrée principale devrait être suffisamment grande pour permettre l'accès d'un grand nombre de patients et de véhicules dans des situations où les victimes sont très nombreuses. Une entrée séparée pourrait être prévue pour les ambulances. Si l'aire de stationnement est située dans le périmètre de la structure médicale, il faut prévoir des contrôles supplémentaires pour les personnes et les véhicules à l'entrée principale. Et tout cela devra être fait de manière à éviter que les véhicules attendant pour entrer dans le périmètre de la structure ne bloquent la circulation dans les rues avoisinantes.

Les entrées doivent être aménagées de manière à éviter que les contrôles de sécurité n'interfèrent avec le triage médical. Une distinction claire doit être faite entre le rôle des gardes assurant la sécurité et celui du personnel médical. Les gardes doivent se limiter à gérer la sécurité et à contrôler l'accès et ils ne doivent pas se charger du triage ou d'autres fonctions réservées au personnel médical. Les contrôles de sécurité doivent avoir lieu avant le triage médical. Si ces deux contrôles sont très éloignés l'un de l'autre, des agents de santé devraient être présents dans la zone du contrôle de sécurité pour détecter d'éventuelles urgences.

Un système d'alerte doit être prévu pour avertir les personnels de santé en cas d'intrusion. Selon les endroits, on pourra installer des caméras et des alarmes. Le choix des systèmes de sécurité électroniques dépendra aussi du nombre de personnes pouvant les utiliser et de leur capacité à les faire fonctionner. Une structure située dans une région où la main-d'œuvre est bon marché pourra opter pour un système reposant sur un grand nombre de gardes. À l'inverse, une structure située dans une région où la main-d'œuvre est chère aura intérêt à utiliser un système plus avancé du point de vue technologique et qui nécessitera moins de gardes.

Afin de restreindre l'accès à la structure médicale et aux patients et limiter le nombre de proches, de compagnons d'armes et de combattants blessés sur le site, on pourra prévoir une salle d'attente avec un niveau de sécurité moyen. Au besoin, on adaptera les contrôles de sécurité à la réception ainsi que les zones de sécurité pour tenir compte des pratiques culturelles et sociales, en prévoyant par exemple un contrôle séparé pour les hommes et les femmes.

Quand cela est possible et utile, il faudrait prévoir un espace et des ressources pour que les employés et leur famille puissent rester sur place si la situation à l'extérieur les empêche d'entrer dans la structure et d'en sortir sans risque.

#### 4.6.3 La deuxième ligne de protection, pour éviter les intrusions et les attaques dans les zones sensibles

Les zones sensibles à l'intérieur de la structure médicale devraient être protégées pour éviter que des personnes armées ne puissent y faire irruption. Une zone sensible est un lieu où se trouvent des installations, des personnes ou des fournitures essentielles pour la continuité des soins d'urgence dans la structure. Les zones jugées sensibles varient selon le contexte, mais elles incluent généralement :

- le bloc opératoire ;
- le service des soins intensifs ;
- la pharmacie ;
- les arrivées d'eau ;
- les installations électriques ;
- la salle de contrôle des communications (radio, tableau électrique, serveur).

En fonction du type de services de santé fournis par la structure, d'autres espaces tels que le laboratoire, les services d'imagerie diagnostique (rayons X, ultrasons) et les services de transfusion sanguine peuvent aussi être considérés comme des zones sensibles.

Il peut être difficile d'éviter tout risque de dommages dans les zones sensibles en cas d'attaque aérienne ciblée ou de tirs d'artillerie si des travaux de renforcement de la structure ne sont pas réalisés. On peut cependant envisager de déplacer les services médicaux sensibles vers des espaces à l'intérieur de la structure où le niveau de protection est plus élevé. Si ce n'est pas possible, on peut renforcer la protection des murs extérieurs du bâtiment. On peut par exemple mettre des sacs de sable devant les ouvertures (fenêtres, portes) et un film plastique sur les fenêtres pour protéger les installations en cas de tirs d'artillerie ou d'explosions.

Les clôtures, les portes et autres ouvertures peuvent être adaptées au niveau de protection nécessaire. Selon les endroits, on utilisera des dispositifs de contrôle d'accès, de détection des présences et de surveillance et, à certaines entrées, des gardes pour contrôler l'accès afin d'augmenter le niveau de protection. Tous les dispositifs employés devraient permettre de bloquer facilement les portes de l'intérieur. Prévoir un minimum d'éclairage la nuit facilitera le travail des gardes et des employés chargés de gérer l'accès des personnes et des véhicules et d'identifier les éventuels intrus et les porteurs d'armes.

Mettre en place des procédures de contrôle des entrées et des barrières physiques à l'entrée des zones sensibles permet de réduire les risques d'irruption de personnes non autorisées dans la structure.

#### **4.7 Des salles sécurisées**

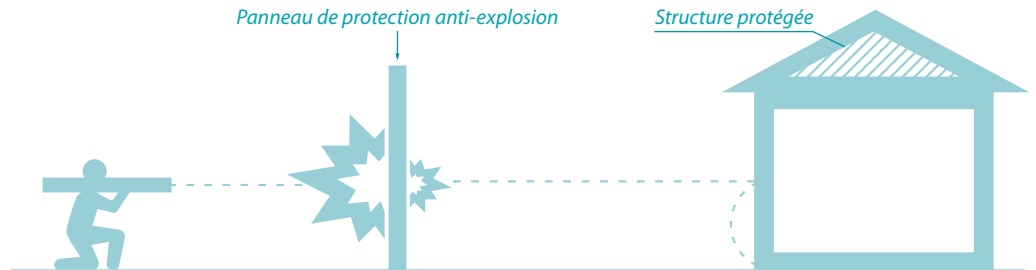
Selon le contexte, il peut être nécessaire de prévoir l'aménagement de salles sécurisées en cas d'urgence<sup>29</sup>, sachant que l'espace minimum à prévoir pour une personne en bonne santé devant séjourner dans cette pièce moins de deux heures doit être d'environ 0,5 m<sup>2</sup>. Si une salle sécurisée doit accueillir des patients ou servir pour plus de deux heures d'affilée, il faut prévoir davantage d'espace. Une étude de faisabilité devrait être menée avant d'établir les plans. La plupart des structures médicales ne pourront pas prévoir une salle sécurisée assez grande pour accueillir tous les patients. Il faudra chercher d'autres solutions en cas d'urgence, par exemple donner l'ordre d'évacuer comme mesure de prévention.

Les salles sécurisées devraient se trouver au centre de la structure ou à d'autres endroits auxquels on peut accéder rapidement et facilement. Il faut aussi veiller à prévoir un système d'aération adéquat et à l'adapter au nombre potentiel d'occupants. Les salles abritant des services médicaux qui n'ont pas besoin de lumière du jour, comme l'imagerie diagnostique ou la chirurgie, pourraient être situées au centre de la structure et converties au besoin en salles sécurisées.

<sup>29</sup> FEMA 453: *Safe Rooms and Shelters – Protecting People Against Terrorist Attacks*, Federal Emergency Management Agency, Washington D.C., 2006.

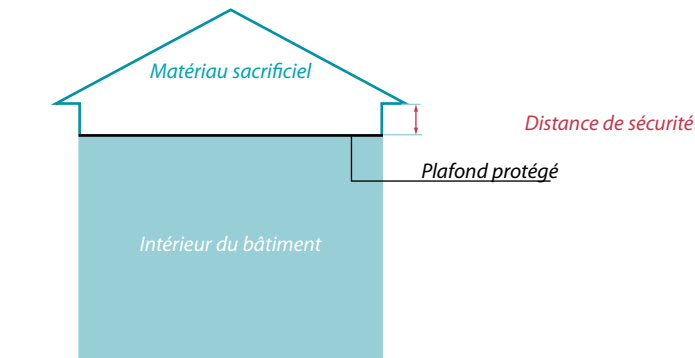
## 4.8 La structure des bâtiments

Il n'est pas possible, dans le cadre de cette publication, de passer en revue toutes les mesures pouvant protéger les structures médicales contre les engins explosifs et les armes anti-char ou de gros calibre. Une protection efficace contre ce type de menaces ne peut être garantie qu'en entreprenant de coûteux travaux de construction. On peut néanmoins installer des panneaux de protection anti-explosion autour de la structure pour la rendre plus résistante à l'artillerie de gros calibre. Placés à une distance adaptée de la structure, ils servent d'écran et protègent la structure des dommages causés par les explosifs sur le bâtiment.



Source: Département de la défense des États-Unis (UFC 4-023-07)

Des panneaux de protection anti-explosion peuvent aussi être installés sur le toit :



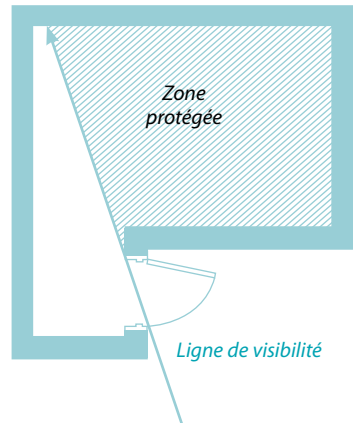
Source: Institut de technologie indien de Kanpur (IITK-GSDMA Guidelines on Measures to Mitigate Effects of Terrorist Attacks on Buildings)

Des parois renforcées ou en béton armé apporteront une protection accrue contre les armes de petit calibre. Par exemple, une maçonnerie renforcée de 200 mm d'épaisseur ou une paroi de béton armé de 100 mm d'épaisseur apporte une protection contre les armes dont le calibre ne dépasse pas les 7,62 mm.

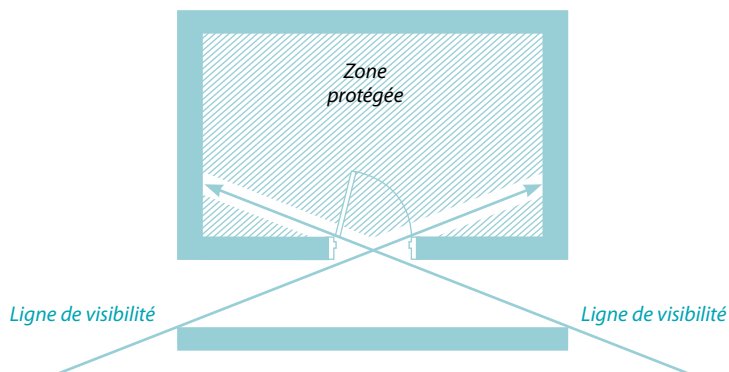
## 4.9 Les ouvertures

Les ouvertures – fenêtres et portes – sont les parties les plus vulnérables d'un bâtiment. Des mesures devraient être prises pour les sécuriser et protéger la structure des irruptions et des balles perdues ou des effets de souffle.

La mesure la plus efficace pour renforcer la sécurité consiste à limiter le nombre d'ouvertures dans le bâtiment. Pour trouver un équilibre entre la nécessité de laisser passer la lumière naturelle et les impératifs de sécurité, les fenêtres et les portes devraient être placées stratégiquement ou protégées. Par exemple, les fenêtres ne devraient pas donner sur des zones dangereuses, mais si c'est le cas pour certaines, elles devraient être protégées de manière adéquate des tirs directs d'artillerie.



La méthode la plus commune pour protéger une structure d'éventuelles attaques dirigées contre les fenêtres du rez-de-chaussée et les portes consiste à ériger un mur de protection à une certaine distance de l'ouverture. Il est aussi possible d'empiler des sacs de sable devant ces ouvertures.



Cette méthode de construction limite le risque d'être touché par une balle perdue dans la zone protégée et réduit l'effet de souffle d'une explosion se produisant à proximité. Dans les zones où le risque d'explosion est élevé, il peut être utile d'appliquer un film plastique sur les fenêtres. Cette mesure réduit les risques de blessures provoquées par les éclats de verre qui sont très courants et peuvent toucher un grand nombre de personnes à la fois.

Pour se prémunir contre les irruptions de personnes qui perturbent le fonctionnement de la structure, il faut s'assurer que chaque ouverture peut être fermement sécurisée de l'intérieur – ou de l'extérieur dans les salles contenant la pharmacie, les réserves de carburant, les génératrices et la pompe à eau. On peut, pour ce faire, installer des portes ou des volets blindés et des grilles de sécurité le long des murs et devant les fenêtres et les portes. Les grilles devraient être solides, en acier de préférence, et d'un maillage suffisamment étroit pour éviter toute intrusion dans la structure.

#### 4.10 Le réseau de services publics (eau, électricité, assainissement)

Les services essentiels doivent être situés au sous-sol dans un endroit fermé pour être protégés des effets de souffle et des tentatives de sabotage. Ils ne devraient en aucun cas se trouver le long du mur d'enceinte de la structure médicale.

Des mesures de sécurité doivent être prises pour éviter que des personnes non autorisées n'aient accès aux installations électriques et d'approvisionnement en eau. On peut par exemple installer des clôtures

ou des barrières pouvant être fermées. Si ces installations ne se trouvent pas en sous-sol, elles doivent, dans toute la mesure du possible, être dissimulées aux regards.

L'accès aux réservoirs d'eau et aux stations de traitement des eaux doit être contrôlé pour éviter toute tentative de contamination délibérée. Il faut inspecter et tester les installations régulièrement pour s'assurer que l'eau n'a pas été contaminée par un agent chimique ou biologique.

Quand cela est possible, il faut s'assurer que les structures médicales ont accès à plusieurs sources d'approvisionnement en eau indépendantes du réseau local, car le réseau local peut être endommagé pendant un conflit armé ou une situation d'urgence. On peut disposer d'un puits avec un système de pompage ou de réserves d'eau dans l'enceinte de la structure médicale. Si la structure dépend d'une seule source d'approvisionnement en eau et qu'elle n'a accès à aucune autre source, il faudrait prévoir d'acheminer de l'eau par camion vers la structure en cas d'urgence, en veillant à en contrôler soigneusement la qualité.

De la même manière, des mesures devraient être prises pour que les structures médicales aient accès à une source d'électricité de secours, comme un système de générateur auxiliaire, pour les services médicaux sensibles. Des sources durables d'énergie telles que l'énergie solaire pourraient être envisagées. La source d'énergie de secours ne devrait pas se trouver au même endroit que l'installation électrique normale pour éviter de perdre ces deux sources en cas d'attaque ou d'irruption. Les réserves de carburant devraient aussi être entreposées dans des zones sécurisées et l'accès à ces ressources devrait être restreint, par des mesures telles que :

- des barrières physiques dotées d'un système de verrouillage ;
- des gardes, si la situation le permet ;
- des caméras de surveillance, si c'est possible.

La ventilation des salles fermées, comme les salles d'opération, doit être correctement assurée, qu'elle soit naturelle ou mécanique. Si un système de climatisation est installé, il doit aussi être relié à l'installation électrique auxiliaire.

Afin de protéger le système de gestion des déchets dans une structure médicale, on enterrera les conduites d'évacuation des eaux usées et on incinérera les déchets médicaux pour réduire les risques de contamination.

#### **4.11 L'autonomie**

Des réserves de carburant minimales doivent être disponibles en permanence pour garantir le fonctionnement de la structure pendant un certain temps en situation d'urgence (10 jours par exemple). Dans de nombreux contextes, le carburant est un atout stratégique pour les opérations militaires. Il faut donc veiller à installer les réserves de carburant dans un lieu discret pour éviter d'éventuels vols commis par des parties au conflit. Les structures médicales pourraient aussi envisager d'entreposer leurs réserves dans plusieurs endroits. Il faut cependant tenir compte du fait qu'entreposer d'importantes réserves de carburant dans la structure la rend vulnérable aux vols et aux attaques.

Il faut aussi réfléchir aux moyens d'assurer à la structure un approvisionnement suffisant en carburant pendant un conflit armé ou d'autres situations d'urgence. Des plans d'urgence devraient donc être adoptés et prévoir des solutions ou fournisseurs de secours.

Il faudrait aussi veiller à ce que les réserves d'eau sur place soient suffisantes en fonction de la taille de la structure, des différentes possibilités de l'approvisionnement en eau et de la fiabilité de ces options. Il faudrait disposer d'une réserve d'eau pour 48 heures au moins.

#### **4.12 La maintenance**

La structure médicale devrait posséder un plan de maintenance pour que son fonctionnement soit assuré en situation de conflit armé, d'attaque ou de siège empêchant le personnel d'entretien d'entrer



dans la structure. Ce plan doit permettre à la structure de disposer de personnes formées, de procédures et de pièces de rechange.

### 4.13 Les risques d'incendie

Des mesures devraient être mises en place pour protéger la structure médicale contre les risques d'incendie. Ces mesures doivent inclure des plans d'évacuation pour les patients et le personnel, des systèmes de détection et de réduction des risques d'incendie. Les sorties de secours, les couloirs et les cages d'escalier doivent rester accessibles en permanence. Des extincteurs, des enrouleurs de tuyaux et des alarmes incendie doivent être installés aux endroits adaptés. Des portes coupe-feu pourraient aussi être installées aux endroits stratégiques. D'une manière générale, la priorité doit être donnée aux matériaux résistants au feu pour contenir la propagation des flammes.

Le plan d'évacuation en cas d'incendie doit être affiché dans un endroit bien visible et il doit être connu des membres du personnel. Une réaction immédiate de leur part au tout début de l'incendie est déterminante pour contenir le feu. Des formations et des exercices destinés au personnel sont des mesures élémentaires dans la prévention des incendies.

### 4.14 Les systèmes de communication

Une communication efficace est essentielle pendant une crise. Les systèmes et outils de communication comme le téléphone cellulaire ou satellite, l'émetteur-récepteur radio, les connexions Internet, doivent être sécurisés tout en restant disponibles pour garantir la communication au sein du site et avec le monde extérieur en situation d'urgence. Pouvoir basculer les outils de communication sur l'énergie solaire en cas de besoin est un moyen de garder ces outils en état de marche.

#### Les défis des soins de santé en situation d'urgence : l'expérience de Médecins Sans Frontières à Tripoli au Liban

*Sergio Bianchi, Zeina Ghantous et Laurent Ligozat, Médecins Sans Frontières*

En 2012, Médecins Sans Frontières (MSF) a mis en place un programme de soins à Tripoli au Liban pour répondre à des besoins médicaux importants dans la population à la suite d'une flambée de violence<sup>30</sup>. Quand la crise a éclaté en Syrie, Tripoli est devenu le théâtre d'affrontements entre les milices de Jabal Mohsen, un quartier alaouite de la ville, et les groupes armés sunnites présents dans le quartier voisin de Bab al-Tabbaneh<sup>31</sup>. Les années 2011 à 2013 ont été marquées par une escalade de la violence avec des civils pris pour cible par les milices armées dans les deux quartiers. En 2013, 77 personnes sont décédées et 484 ont été blessées, prises dans des tirs croisés. Plus de 50% des victimes ont été blessées ou tuées au cours des trois derniers mois de 2013, les plus meurtriers du conflit.

Devant l'ampleur de la violence dirigée contre les civils et craignant que l'accès aux soins ne puisse plus être assuré à Jabal Mohsen et à Bab al-Tabbaneh<sup>32</sup>, MSF a mis en place un programme visant à assurer des services de soins de santé primaire et reproductive dans deux centres de santé. Comme ses équipes ont été directement exposées à la violence exercée contre les soins de santé, MSF a témoigné des conséquences de cet état de fait pour la ville de Tripoli, qui n'est qu'une des nombreuses régions du Liban où la violence porte atteinte aux soins de santé.

30 Cet article se fonde sur les résultats d'un rapport de 2014 réalisé par Z. Ghantous and S. Bianchi et intitulé *Tripoli's fragmented health care: Consequences of fighting on the provision of medical assistance*. Le rapport a été élaboré dans le cadre du projet « Les soins de santé dans la ligne de mire », une initiative mondiale lancée par MSF en 2013 en réponse à la violence dirigée contre les services de santé pendant les crises humanitaires. Pour préparer le rapport, 53 entretiens semi-directifs ont été menés auprès du personnel de MSF, de travailleurs de santé non-membres de MSF, de patients et d'autres acteurs de la communauté des soins de santé dans le nord du Liban, et principalement à Tripoli entre les mois de février et de juillet 2014.

31 Historiquement, les confrontations armées entre Sunnites et Alaouites ont débuté pendant la guerre civile libanaise (1975-90). D'autres confrontations violentes entre les deux communautés ont eu lieu en 2008.

32 MSF n'est pas la seule organisation humanitaire qui travaille à Tripoli. Le CICR, la Croix-Rouge libanaise et une autre organisation appelée « Islamic Medical Association » sont aussi présentes dans la ville et dans la région. Dans le système de santé préexistant, les institutions privées pratiquant des tarifs très élevés sont plus nombreuses que les structures médicales publiques qui dispensent des soins de santé primaire et secondaire mais manquent de ressources.

MSF a tout d'abord essayé de négocier l'ouverture d'un centre de santé pour soigner les patients des deux confessions en toute impartialité<sup>33</sup>. Comme les parties au conflit ont refusé de garantir la sécurité d'un tel centre, l'organisation a décidé, dans un souci de pragmatisme, d'offrir ses services dans deux centres existants: l'un à Jabal Mohsen pour les patients alaouites et l'autre à Bab al-Tabbaneh pour les patients sunnites.

Malgré cela, les prestataires de soins de santé de Tripoli (dont MSF) ont été la cible de violences du fait de leur profession et de leur appartenance religieuse. Et les patients ont aussi été victimes d'attaques confessionnelles.

La violence dirigée contre la profession médicale s'est manifestée par des attaques verbales et physiques contre les membres du personnel médical de MSF et du personnel du ministère de la Santé publique, du simple fait de la profession qu'ils exerçaient. Ces attaques ont été à l'origine de tensions accrues entre le personnel et les patients, de problèmes de santé mentale et de démissions du personnel, ce qui a perturbé le fonctionnement des centres de santé primaire et des services d'urgence. Il faut cependant dire que les restrictions en matière de fourniture des soins de santé comme les interdictions d'accès aux soins et les longues files d'attente dans des structures publiques telles que l'Hôpital général de Tripoli et les centres de santé primaire étaient davantage dues à des facteurs structurels<sup>34</sup> qu'à des confrontations entre les communautés religieuses, même si ces dernières ont contribué à augmenter l'intensité de la violence.

MSF a renforcé ses ressources en termes de personnel et de matériel et réaménagé ses locaux pour lutter contre ces incidents de violence et ces problèmes structurels. L'organisation a employé l'espace libre devant la structure pour construire une salle d'attente couverte pour les futurs patients dans le but de les éloigner des salles de consultation où travaillait le personnel médical. Ces mesures, accompagnées d'activités de sensibilisation à la santé pour les patients qui attendaient, ont permis de réduire le stress tout en renforçant la motivation du personnel et d'apaiser les conflits entre le personnel et les patients. Ce climat plus favorable a finalement contribué à améliorer l'accès aux soins des patients les plus vulnérables.

Les violences confessionnelles ont interrompu les services de santé primaire dans le quartier de Bab al-Tabbaneh après des échanges de tirs entre les milices des deux camps. Le personnel de MSF a été incapable dans certains cas d'atteindre la clinique de Bab al-Tabbaneh pendant la flambée de violence. À Jabal Mohsen, il est devenu impossible d'employer les véhicules sanitaires traditionnels pour transférer les blessés graves vers les structures de soins spécialisés. L'accès aux soins était limité et une frontière confessionnelle divisait les services médicaux car les patients et le personnel médical craignaient d'être attaqués en raison de leur appartenance religieuse<sup>35</sup>. Les patients alaouites ont par exemple déserté l'hôpital le plus proche, l'Hôpital général de Tripoli, car il se trouvait dans un quartier aux mains des milices sunnites. De leur côté, les médecins alaouites ne sont plus allés travailler en dehors de Jabal Mohsen.

<sup>33</sup> Au Liban, les communautés sont organisées en confessions religieuses (sunnites, chiites, alaouites, maronites, etc.).

<sup>34</sup> En particulier le manque de ressources pour faire face à l'augmentation de la population à Tripoli, l'insuffisance des financements publics, le manque de personnel dans les services des urgences et la mauvaise organisation de ces services.

<sup>35</sup> Lors des interviews, il a été question de différentes attaques d'origine confessionnelle dirigées contre les patients et les professionnels de la santé à l'Hôpital général de Tripoli ou aux alentours.

En choisissant d'être pragmatique et de conduire ses activités dans les deux communautés, MSF a voulu limiter les problèmes d'accès aux soins. Cette initiative s'est révélée efficace pour garantir, dans une certaine mesure, la sécurité du personnel, des structures et des patients de MSF, et pour assurer ainsi des services de santé dans les deux quartiers, ainsi que l'accès aux soins de santé primaire pour tous. L'intervention de MSF a été adaptée au climat de violences confessionnelles qui régnait dans la ville et empêchait de plus en plus les patients alaouites d'accéder aux structures de soins spécialisés les plus proches. Des efforts collectifs s'imposent donc pour lutter contre les discriminations religieuses qui restreignent l'accès aux soins pour certains patients. L'expérience de MSF à Tripoli montre que garantir l'accès aux centres de santé, aux services d'urgence et aux hôpitaux pour tous les habitants d'une ville est problématique dans un contexte où le niveau de violence est très élevé et où l'insécurité est grande pour la population civile.



# 5. SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE D'APPROVISIONNEMENT

## 5.1 Introduction

Assurer en permanence un approvisionnement fiable en matériel et fournitures de santé est tout aussi important pour fournir des services de santé qu'avoir un personnel qualifié, des financements et des infrastructures à disposition. Si des plans d'urgence et des mesures spécifiques visant à renforcer la capacité à faire face à une crise n'ont pas été mis en place, l'approvisionnement en matériel médical peut subir des ralentissements ou des perturbations dès les premiers jours d'une crise. Et si l'on pense de prime abord aux problèmes qui peuvent survenir dans la chaîne d'approvisionnement à l'intérieur et autour des structures médicales, il ne faut pas négliger non plus les perturbations pouvant survenir en amont dans le pays ou même à l'étranger.

Ce chapitre examine les risques potentiels pour toute la chaîne d'approvisionnement, les mesures envisageables pour renforcer la préparation et la résilience, et les différentes étapes à suivre pour diminuer les conséquences d'inévitables perturbations de l'approvisionnement.

## 5.2 Les ressources humaines

La chaîne d'approvisionnement peut se trouver perturbée s'il n'y a pas de personnel formé à la gestion des fournitures médicales ou si ces personnes sont temporairement ou définitivement absentes. On peut diminuer ce risque en donnant à certains employés une formation de base en matière de gestion et de réapprovisionnement des stocks leur permettant de remplacer les responsables si besoin en est.

Lorsque les responsables sont absents pendant une crise, on tentera d'obtenir de l'aide des autres structures médicales ou des conseils d'autres professionnels compétents, comme les pharmaciens.

## 5.3 Les systèmes d'information et de communication

Toute interruption dans les flux d'information engendrera inévitablement des perturbations dans les flux de matériel. Les perturbations touchant la correspondance électronique, le téléphone ou la livraison physique des messages, commandes et informations sur les envois (par la poste, coursier ou service de messagerie) entraînera rapidement une diminution de l'approvisionnement pouvant aller jusqu'à la rupture de stock, même si la livraison de ces fournitures n'est pas entravée.

À l'intérieur des structures médicales, et particulièrement dans les entrepôts de matériel médical et de médicaments, il ne sert pas à grand-chose d'avoir du stock si on ne connaît pas les quantités disponibles et leur emplacement exact. Toute interruption prolongée du système informatique utilisé pour gérer la pharmacie (que ce soit à cause d'une panne d'électricité, d'un problème technique, de dommages aux ordinateurs et au réseau, ou de l'absence de personnel qualifié), empêchera vite de connaître avec exactitude la disponibilité des articles en stock et leur emplacement, de telle sorte qu'il sera impossible de passer les commandes nécessaires pour se réapprovisionner. Retrouver des dizaines d'articles sans disposer d'informations précises sur leur emplacement peut faire perdre beaucoup de temps, en particulier si le personnel n'a pas l'habitude des cartons de grand format et des emballages du fournisseur.

### ***Voici quelques mesures pour éviter de dépendre totalement de l'informatique :***

- *s'assurer que toutes les données logistiques sont sauvegardées régulièrement sur plus d'un support, dont un disque dur externe;*
- *s'assurer que les fournisseurs peuvent et acceptent de recevoir les commandes par téléphone, si Internet ne fonctionne plus, ou par la poste si aucun autre moyen de télécommunication n'est disponible;*
- *s'assurer que les stocks et les commandes peuvent être gérés et enregistrés manuellement, si nécessaire;*

- *s'assurer que le matériel est rangé sur des étagères et des palettes de manière systématique pour que chacun puisse localiser rapidement l'article recherché;*
- *faciliter le comptage en évitant d'ouvrir (tous) les emballages du fournisseur; compter les palettes et les cartons grand format plutôt que les petits emballages;*
- *répertorier les fournitures indispensables et s'assurer que suffisamment de membres du personnel savent où elles sont entreposées et comment en gérer le stock.*

Si aucune mesure n'a été prise pour se préparer, il est possible d'atténuer les conséquences d'une perte d'informations concernant les stocks (articles, quantités et emplacement) pendant une situation d'urgence en tenant sans attendre des registres manuels comme des fiches d'inventaire. Dans le pire des cas, on devra au plus tôt compter physiquement tous les articles ou du moins tous les articles indispensables. Si les stocks ne sont pas gérés de façon systématique et que le matériel est entreposé à n'importe quel emplacement disponible et sans logique particulière, il faut réorganiser le rangement des stocks pour les articles indispensables de façon systématique.

#### **5.4 Les ressources financières**

L'interruption temporaire ou permanente du système financier, la fermeture des banques ou le manque de liquidités vont perturber les livraisons des fournisseurs car le paiement des factures par virement bancaire, chèque ou espèces peut être retardé ou même rendu impossible.

**Voici quelques mesures pour éviter les problèmes liés aux transactions financières :**

- *s'assurer que les structures médicales ont des garanties bancaires ou des crédits suffisants auprès des fournisseurs;*
- *avoir à disposition un minimum d'argent en espèces pour acheter les fournitures indispensables.*

Si le système financier est perturbé ou s'effondre, on peut envisager de payer les fournisseurs en espèces. Il est aussi possible de faire appel à des instances gouvernementales ou à des organisations humanitaires pour obtenir un prêt, le paiement des factures ou des garanties pour les futurs paiements de la structure médicale. Obtenir une ligne de crédit auprès des fournisseurs pour autant qu'ils soient fiables pourrait être une autre option, qui présente l'avantage d'être plus sûre car on évite ainsi de garder d'importantes sommes d'argent dans les locaux.

#### **5.5 La planification et la préparation**

Prévoir des mesures en vue d'atténuer les conséquences des conflits armés et des autres situations d'urgence est important également pour garantir la fiabilité de l'approvisionnement en matériel dans les structures médicales. En l'absence de plans de préparation complets et détaillés, la structure peut être prise au dépourvu dans une situation de crise aiguë et incapable d'y faire face une fois que les problèmes se seront posés.

**Voici quelques mesures utiles pour se préparer :**

- *concevoir et mettre en place un plan de préparation détaillé qui couvre tous les aspects de la gestion de la chaîne d'approvisionnement;*
- *renforcer la capacité d'adaptation de la chaîne d'approvisionnement.*

Si une grave crise menace et qu'aucun plan de préparation n'a été mis en place, il faut identifier les risques potentiels aussi vite que possible pour pouvoir appliquer rapidement les mesures les plus élémentaires.

#### **5.6 La sélection des articles**

Bien que les pénuries et les ruptures de stock soient surtout provoquées par l'interruption de l'approvisionnement en matériel dans les structures médicales, elles peuvent aussi résulter d'un manque de planification et d'anticipation des besoins en situation de crise aiguë.



Si aucune liste détaillée des articles indispensables n'a été établie, il est impossible de les rationner ou de donner la priorité à leur réapprovisionnement. En cas de changement dans le type de soins requis, pour traiter certaines maladies infectieuses ou des blessures par arme par exemple, certains articles médicaux peu utilisés ou indisponibles avant la crise vont soudain devenir indispensables. De la même façon, des structures médicales peuvent être subitement amenées à fournir des services de santé qu'elles n'avaient pas l'habitude de fournir comme la chirurgie d'urgence, les soins pédiatriques ou obstétricaux.

La sélection des produits dont le transport et le stockage sont particulièrement contraignants, comme les produits dangereux ou les articles pour lesquels il faut respecter la chaîne du froid, augmente les risques de perturbation dans la chaîne d'approvisionnement.

#### **Voici quelques mesures utiles pour se préparer :**

- *dresser la liste des articles de base indispensables pour les services de santé essentiels (chirurgie, pédiatrie, obstétrique et traitement des états graves);*
- *éviter, dans la mesure du possible, les produits pharmaceutiques (y compris les tests de diagnostic) pour lesquels il faut respecter la chaîne du froid pendant le transport et le stockage;*
- *prévoir des solutions de remplacement aux bouteilles d'oxygène (approvisionnement local ou concentrateur d'oxygène);*
- *assurer la disponibilité de tous les articles nécessaires pour les soins habituellement requis pendant les conflits armés (traitement des blessures par arme, des blessures provoquées par des produits chimiques, des brûlures, des maladies infectieuses, urgences obstétricales, malnutrition, etc.);*
- *garantir la disponibilité de tous les articles nécessaires pour répondre à une épidémie;*
- *prévoir des stocks (supplémentaires) de linges chirurgicaux jetables au cas où les services de stérilisation seraient surchargés ou interrompus.*

## **5.7 La prévision des besoins et le contrôle de l'inventaire**

Pour assurer un approvisionnement fiable et durable en matériel médical, il faut bien entendu que les routes de ravitaillement soient praticables, mais il faut aussi prévoir les besoins et contrôler l'inventaire. Même si cette nécessité est moins évidente, elle n'en est pas moins importante. En situation de crise, une augmentation soudaine et importante des besoins peut en effet provoquer des pénuries et des ruptures de stock si les prévisions n'étaient pas précises et adaptées.

Une structure peut faire face à des besoins accrus en soins de santé pour différentes raisons pendant une crise: le nombre de patients souffrant de problèmes de santé aigus peut augmenter, d'autres structures médicales peuvent avoir subi des dommages ou être inaccessibles ou il peut y avoir un afflux de personnes déplacées dans la région.

Comme la fréquence des différents problèmes de santé varie invariablement d'une crise à l'autre, il est impossible de prévoir les besoins sur la seule base des expériences passées sans faire de grossières erreurs. Pour que les prévisions soient plus précises, il faut avoir recours à la méthode fondée sur la morbidité pour quantifier les besoins en médicaments; on déterminera ainsi le nombre d'épisodes de traitement individuel possibles et les besoins pour chaque épisode.

Il peut y avoir des pénuries même si les prévisions étaient précises et que des stocks d'urgence ont été constitués si les membres du personnel n'ont pas respecté les protocoles de traitement standard sur la base desquels les prévisions et les stocks ont été calculés.

#### **Voici les principales mesures pour prévoir les besoins et constituer des stocks d'urgence :**

- *mettre en place des protocoles de traitement en particulier pour les problèmes de santé les plus courants pendant des crises aiguës et s'assurer qu'ils sont appliqués;*
- *se préparer à un éventuel afflux massif de blessés par arme, à une diminution des opérations chirurgicales non urgentes et à une augmentation de la chirurgie d'urgence, à des besoins accrus en soins de santé en raison de changements dans le type de traitements requis ou de l'arrivée de personnes déplacées dans la région;*

- *augmenter les stocks d'articles indispensables (stocks d'urgence) pour couvrir les besoins de la structure médicale fonctionnant à sa capacité maximale ou au-delà, pendant une période donnée (10 jours par ex.);*
- *augmenter les stocks d'articles dont on devrait avoir davantage besoin selon les estimations faites quant au nombre de patients et aux types de traitements prévus.*

Si une crise éclate et qu'aucune mesure n'a été prise pour se préparer, les stocks doivent être très soigneusement gérés en situation d'urgence, et tout particulièrement ceux des articles dont le taux de rotation est élevé. Il s'agit d'anticiper les pénuries, de rationaliser l'utilisation de ces articles et de trouver des substituts potentiels dans les plus brefs délais.

## 5.8 Le choix des fournisseurs

Dans leur évaluation des risques, les responsables des structures médicales mettront tout naturellement l'accent sur l'extrémité de la chaîne d'approvisionnement où ils se situent. Or il est important de considérer le réseau d'approvisionnement dans sa totalité, car si un maillon est plus faible ou se brise, cela aura inévitablement des conséquences pour les structures médicales situées en aval.

Les sanctions commerciales imposées par la communauté internationale à un pays en proie à un conflit ou les restrictions gouvernementales sur les importations d'un pays peuvent soudainement perturber la chaîne d'approvisionnement en matériel médical et en pièces de rechange pour les équipements médicaux. Les techniciens qualifiés et les ingénieurs en biomédical ne pourront peut-être plus se déplacer pour l'entretien et la réparation des équipements médicaux. Quand du matériel médical de qualité n'est plus disponible au niveau national ou local, du matériel médical bas de gamme et des contrefaçons peuvent apparaître ou se développer sur le marché.

L'effondrement de l'ordre public peut empêcher ou retarder les achats et il peut être impossible de conclure et de faire valoir les contrats avec les fournisseurs commerciaux ou les transporteurs.

***Pour éviter les problèmes touchant les sources d'approvisionnement, les mesures suivantes pourraient être envisagées en prévision d'une crise :***

- *s'assurer que les fournisseurs seront disposés à poursuivre les livraisons pendant une crise (aiguë);*
- *trouver au moins un fournisseur de remplacement pour ne pas dépendre d'un seul fournisseur;*
- *identifier d'autres sources d'approvisionnement en matériel médical indispensable (ministère de la Santé, structures médicales à proximité, stocks d'urgence et organisations internationales, par exemple);*
- *prévoir un système d'échange et de mise à jour des données relatives aux stocks disponibles dans d'autres structures médicales (à proximité) et des entrepôts médicaux (appartenant au gouvernement, aux organisations humanitaires, etc.);*
- *s'assurer que les pièces de rechange sont disponibles et que tous les équipements médicaux sont en bon état et qu'ils ont été correctement entretenus et révisés conformément aux procédures recommandées;*
- *si la structure a une certaine taille, engager un technicien ou un ingénieur biomédical pour entretenir les appareils et les autres installations techniques.*

Il faudrait garder à l'esprit que les réseaux se rétablissent plus rapidement que des unités individuelles. Si, dans une structure médicale donnée, on constate que les mesures prises sont insuffisantes pour garantir la fiabilité de l'approvisionnement en matériel médical, les articles manquants peuvent être prélevés sur des stocks d'urgence ou obtenus auprès du ministère de la Santé, d'autres structures médicales (excédents de stocks) ou d'organisations humanitaires.

## 5.9 Le stockage

Il faut prendre en compte les risques liés aux installations de stockage et aux stocks médicaux à l'intérieur de la structure médicale mais aussi à chaque étape de la chaîne d'approvisionnement – entrepôts aux postes frontière, installations douanières, ministère de la Santé, fabricants, fournisseurs, organisations humanitaires – car les dommages causés à ces installations et aux stocks peuvent avoir des répercussions sur toute la chaîne d'approvisionnement, quel que soit le maillon concerné.

Dès qu'un conflit armé éclate et que l'ordre public s'effondre, il existe un risque immédiat d'augmentation de la criminalité et plus particulièrement des vols, pillages, actes de vandalisme, atteintes injustifiées à la propriété par des individus ou des parties au conflit.

Les conflits armés peuvent avoir comme conséquences directes la confiscation du matériel et des équipements médicaux par les parties au conflit, ou encore la destruction des installations de stockage médicales par des engins explosifs, des obus, des bombes ou le feu. Ces destructions seront aggravées en cas de retard ou d'absence des services du feu ou d'autres services d'assistance technique.

Le matériel qui doit être conservé à une certaine température (tests de diagnostic ou vaccins) peut aussi être endommagé ou détruit à cause d'une panne d'électricité ou de dommages causés au système de chauffage (central) et de climatisation et aux réfrigérateurs.

**Les mesures suivantes pourraient contribuer à renforcer la résilience des bâtiments et des services dans les hôpitaux; la plupart d'entre elles s'appliquent aussi aux entrepôts médicaux:**

- *s'assurer que les parties au conflit sont conscientes de l'importance vitale des stocks médicaux tout au long de la chaîne d'approvisionnement (postes de douane, entrepôts des fournisseurs, entrepôts médicaux et structures médicales);*
- *s'assurer de disposer, pour tous les articles (essentiels) de l'équipement médical, d'un stock d'un an de pièces de rechange et de fournitures pour l'entretien et le bon fonctionnement des équipements;*
- *garder un espace de stockage disponible pour pouvoir augmenter les stocks en prévision d'une crise;*
- *s'assurer que tous les stocks ont la plus longue durée de conservation possible;*
- *prévoir des réfrigérateurs à gaine réfrigérante qui gardent le froid le plus longtemps possible en cas de panne d'électricité;*
- *placer les installations de stockage aux endroits qui garantissent le plus haut niveau de protection contre les effets directs des conflits armés;*
- *protéger les installations de stockage avec des portes en acier et des barreaux à toutes les fenêtres pour éviter que l'on puisse y entrer de force;*
- *sécuriser par des moyens physiques (fenêtres murées et portes protégées par ex.) les bâtiments contenant des fournitures médicales et les installations d'approvisionnement en eau et en électricité;*
- *s'assurer qu'un plan incendie rigoureux est bien en place (pas de matériaux inflammables et des installations électriques sécurisées);*
- *entreposer le matériel inflammable et les bouteilles de gaz médicaux (contenant l'oxygène) dans des bâtiments séparés qui peuvent contenir le feu;*
- *dans les climats extrêmes, mettre les stocks sensibles aux variations de températures dans un endroit de la structure médicale où le chauffage ou l'air conditionné est moins ou pas du tout nécessaire.*

## 5.10 Le transport

Les interruptions dans le transport et la livraison des fournitures sont aussi problématiques pour la fourniture des soins de santé que la destruction des stocks ou le blocage de l'accès aux structures médicales pour le personnel et les patients. Que les fournitures médicales soient détruites sur place ou qu'elles n'arrivent jamais à destination, les conséquences sont les mêmes pour les patients et le personnel de santé qui en ont besoin.

Il faut tenir compte de tous les obstacles pouvant entraver ou bloquer le transport tout le long de la chaîne d'approvisionnement, depuis le fournisseur commercial à l'étranger jusqu'à la structure médicale en passant par les postes de douane et le transport à l'intérieur du pays.

Au niveau international, les sanctions touchant les transports (les restrictions de transport aérien) peuvent empêcher ou entraver les livraisons des fournisseurs commerciaux ou des organisations humanitaires.

Au niveau national, le transport peut être perturbé par la fermeture, temporaire ou permanente, des frontières avec l'étranger, et par l'indisponibilité ou l'inefficacité des services douaniers (dans les postes de douane, ports, aéroports, etc.). Les importations peuvent être intentionnellement bloquées ou

entravées par le gouvernement ou d'autres autorités étatiques. Un retard, même léger, à la douane peut endommager un article médical sensible aux variations de température s'il est mal entreposé et exposé au froid ou à la chaleur, surtout s'il s'agit d'un produit sensible au gel ou à maintenir au froid.

Les autorités de réglementation pharmaceutique peuvent sans le vouloir être à l'origine de retards significatifs si leurs exigences en matière de qualité et d'informations concernant les produits ne sont pas raisonnables. Elles peuvent aussi rendre les importations impossibles si elles causent ou tolèrent de longs retards pour les contrôles de qualité des lots de médicaments ou du matériel médical à usage unique.

À l'intérieur du pays, le transport peut être compromis si les fournisseurs commerciaux et les transporteurs n'ont pas la capacité ou la volonté de livrer le matériel médical ou si le carburant n'est plus disponible ou que son prix est trop élevé.

Le transport par voie aérienne peut s'avérer impossible s'il n'y a pas d'aéroport ou de contrôle du trafic aérien, d'autorisation de survol ou d'atterrissage. Quant au transport routier, il peut être perturbé par la présence de mines terrestres ou la fermeture d'infrastructures (routes, ponts, tunnels, ports, aéroports, terminaux ferroviaires, etc.). La fermeture de certaines routes ou l'existence de tronçons endommagés peuvent obliger à de longs détours, qui augmenteront de beaucoup la durée et le coût des transports.

**Les mesures suivantes peuvent être envisagées pour se préparer :**

- *sensibiliser les autorités et les parties au conflit à l'importance de garder les frontières ouvertes et d'y maintenir les services douaniers pendant une crise ou un conflit;*
- *demander et obtenir que le matériel médical soit exempté des sanctions frappant le transport;*
- *étudier les procédures et préparer les documents pour anticiper les demandes d'exemption pour les sanctions frappant le commerce international;*
- *négoier l'abandon des procédures d'importation et des contrôles de qualité entraînant des retards non justifiés;*
- *négoier des procédures d'importation spéciales en l'absence d'autorités douanières;*
- *assurer la disponibilité de moyens de transport de remplacement (fournis par les autorités, les organisations humanitaires);*
- *s'assurer que des stocks d'urgence ont été constitués pour le carburant des véhicules;*
- *prévoir d'autres modes de transport si les routes habituelles sont fermées;*
- *assurer la disponibilité des moyens de transport pour déplacer les équipements et les fournitures si la structure médicale doit être déplacée.*

**Mesures à envisager si les accès sont fermés :**

- *négoier le passage des véhicules transportant les fournitures médicales;*
- *solliciter des soutiens, au niveau international si besoin;*
- *demander aux organisations humanitaires de transporter les fournitures nécessaires;*
- *utiliser des ambulances pour transporter les fournitures médicales;*
- *réduire la fréquence des trajets par la route en acheminant le matériel médical avec d'autres biens essentiels comme la nourriture.*







# 6. DÉLOCALISATION TEMPORAIRE POUR DES RAISONS DE SÉCURITÉ

## 6.1 Introduction

Lorsque les mesures prises dans la structure ne suffisent pas à assurer la sécurité et que les risques deviennent ingérables pour le personnel comme pour les patients, une délocalisation temporaire des services de santé peut être la seule option. Mais la planification d'une délocalisation se heurte à plusieurs difficultés, dont celle de ne pas savoir combien de temps elle durera en raison de la précarité de la situation. Pour cette raison, les plans doivent être flexibles et régulièrement révisés pour être adaptés au contexte.

Il faut aussi réunir des informations précises pour préparer le transfert des services de santé vers le nouvel emplacement. Comme pour la planification d'urgence, il faut absolument impliquer et consulter un grand nombre d'acteurs dans ce processus. Les autorités locales, les chefs communautaires, les prestataires du secteur public et du secteur privé locaux, les organisations nationales et internationales concernées, les personnels et les patients peuvent tous apporter leur contribution à l'analyse de la situation.

Une fois que la décision d'une délocalisation temporaire vers un lieu plus sûr a été prise, plusieurs points doivent être pris en compte pour que le transfert des services médicaux, des patients et du personnel se fasse sans problème. Sans entrer dans des recommandations techniques détaillées, le présent chapitre vise à attirer l'attention sur certains aspects à prendre en compte quand une délocalisation doit se faire.

## 6.2 L'emplacement

La première étape pour se préparer au transfert consiste à évaluer le site et la sécurité au nouvel emplacement prévu. De plus, il est important de connaître précisément les risques propres à l'emplacement actuel et de savoir en quoi un transfert vers le nouvel emplacement permettra de réduire ces risques. Les informations ainsi réunies peuvent être déterminantes pour choisir l'emplacement temporaire. Elles orienteront la mise en œuvre des mesures de sécurité et permettront de déterminer s'il faut transférer les services de santé vers un site identifiable ou caché (dont les autorités compétentes ne seront pas informées).

### Aspects juridiques d'un déplacement temporaire des services de santé vers un emplacement sûr

Lorsqu'on considère l'éventualité d'une délocalisation temporaire des services de santé dans le contexte d'un conflit armé, on doit se dire que l'installation d'une structure médicale cachée – c'est-à-dire transférée vers un nouvel emplacement à l'insu des autorités compétentes – est une solution de dernier recours. Du point de vue juridique, une structure médicale cachée sera plus vulnérable aux attaques qu'une structure formellement et exclusivement affectée à des fins sanitaires par une autorité compétente d'une partie au conflit, car une telle autorisation est nécessaire pour bénéficier de la protection spéciale garantie par le droit international humanitaire aux unités sanitaires. L'emblème de la croix rouge, du croissant rouge ou du cristal rouge que la structure peut arborer est le signe visible de cette protection spéciale. Sans cette autorisation, une structure médicale cachée ne bénéficiera que du niveau de protection garanti aux biens de caractère civil, et les parties au conflit ne seront pas obligées en vertu du droit international humanitaire de donner un avertissement préalable en cas d'attaques. Quand il a été décidé de dissimuler une structure médicale en raison de la poursuite des hostilités, il a parfois été décidé de transmettre les coordonnées géographiques aux parties au conflit pour qu'elles puissent identifier la structure. Il faut toutefois évaluer soigneusement et au cas par cas les risques d'une transmission de ces informations.

Dans certains contextes, la délocalisation temporaire peut être interdite par le droit interne, en particulier quand la fourniture des soins de santé par certains prestataires ou pour certains groupes de la population est exploitée à des fins criminelles. Des activités de sensibilisation devraient être menées aux niveaux national et international pour insister sur l'impartialité des services de santé, en particulier quand le droit interne restreint ce principe.

Lorsque la possibilité d'une délocalisation est envisagée, il faut savoir qu'il existe plusieurs options comme déplacer la structure dans d'autres bâtiments, dans un sous-sol ou dans un espace souterrain. Dans certains contextes, on peut aussi utiliser des hôpitaux de campagne ou des unités mobiles. Et si la sécurité physique de la structure est importante pour le fonctionnement des services de santé, il est également important que les personnels, les patients et les prestataires puissent y accéder facilement.

#### **Liste de contrôle – analyser la conformité du nouvel emplacement**

- *procéder à une analyse de la sécurité, avec l'aide d'experts si possible;*
- *effectuer une analyse du site;*
- *évaluer la disponibilité des personnels;*
- *examiner les possibilités d'accès pour les patients et les personnels;*
- *examiner les possibilités pour acheminer les médicaments, le matériel de soins infirmiers, l'alimentation et l'eau;*
- *évaluer l'acceptation des services de santé dans la communauté;*
- *réunir des données sur la santé et des informations sur la surveillance pour déterminer les services médicaux prioritaires au nouvel emplacement et les partenaires potentiels pour fournir ces services.*

### **6.3 Les services disponibles et le niveau de soins**

Lors d'une éventuelle délocalisation temporaire des services de santé vers un nouvel emplacement, il se peut que certains services soient interrompus. Il peut aussi être difficile de maintenir le même niveau de soins dans la nouvelle structure. Dans tous les cas, il faut tout mettre en œuvre pour que le niveau de soins soit le plus élevé possible au nouvel emplacement. Il est donc important d'informer les autorités, les chefs communautaires et la population du type de services disponibles dans la nouvelle structure. Faire accepter la structure par la communauté et obtenir le consentement des parties prenantes peut contribuer à protéger la structure et éviter d'éventuels malentendus concernant la délocalisation des services et les conséquences que cela peut avoir sur l'impartialité dans la fourniture des soins de santé.

Il faudra déterminer soigneusement les services à fournir en priorité en plus des traitements vitaux. Les besoins devront être évalués dans les communautés bénéficiaires et la décision prise en consultation avec les autorités locales. À ce stade, il est important aussi d'assurer la coordination avec les autres prestataires de santé de la région pour intégrer les systèmes d'orientation ou mettre en place des systèmes appropriés. Il convient également de réviser régulièrement le niveau et la qualité des soins fournis dans la nouvelle structure temporaire pour adapter les services au besoin.

Dans certaines situations, du personnel international est déployé pour garantir la fourniture des soins de santé. L'Organisation mondiale de la Santé a élaboré des directives de référence pour les équipes médicales étrangères qui interviennent en situation d'urgence soudaine<sup>36</sup>. Ces directives fixent les différents niveaux de soins et les normes minimales que les personnels doivent respecter. Si une organisation internationale n'a pas d'expérience préalable dans le contexte où ses équipes vont intervenir, il est recommandé de collaborer avec les autorités nationales pour s'entendre sur les services qui doivent être fournis et mieux les définir.

<sup>36</sup> Organisation mondiale de la Santé (OMS), *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters*, OMS, Genève, 2013. Disponible en ligne en anglais uniquement : [http://www.who.int/hac/global\\_health\\_cluster/fmt\\_guidelines\\_september2013.pdf](http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf) (dernière consultation septembre 2015).

## 6.4 La préparation au transfert

Il faut planifier soigneusement le transfert des services pour qu'il se déroule sans heurts, et suivre les procédures opérationnelles standard qui auront été définies de la façon la plus détaillée possible à partir des scénarios pouvant se produire. Lorsqu'on met en place ces procédures standard dans le cadre de la planification d'urgence, il est important de déterminer les contraintes propres à l'emplacement temporaire car celles-ci détermineront le type de services qui pourront être fournis et les équipements qu'il faudra transférer vers le nouveau site.

Les opérations logistiques nécessaires au transfert des services et à la mise en place d'une structure médicale temporaire doivent être soigneusement planifiées. De plus, il faut évaluer la sécurité, les possibilités d'accès et les voies de transport qu'il faudra emprunter. Les groupes de patients vulnérables doivent être identifiés et il faut leur donner la priorité lors de la délocalisation en considérant leurs besoins spécifiques en termes de protection et de soins. Un transfert progressif peut être envisagé si les conditions de sécurité le permettent, même si cela peut représenter des risques supplémentaires pour le personnel et les patients.

Même si la délocalisation temporaire d'une structure médicale vers un emplacement plus sûr peut contribuer à réduire le niveau de stress auquel sont soumis les membres du personnel de santé qui travaillent et vivent dans une situation de crise, elle peut engendrer de nouveaux facteurs de stress. Ce peut être le cas si les membres du personnel doivent parcourir de plus longs trajets vers le nouvel emplacement ou trouver un logement temporaire loin de leur maison. Pour fidéliser le personnel de santé pendant une délocalisation, il est important de mettre en place des mécanismes de soutien pour leur garantir les meilleures conditions de travail possible et répondre à leurs besoins au nouvel emplacement.

### **Liste de contrôle – se préparer à une délocalisation**

- *vérifier les possibilités d'approvisionnement en eau et en électricité;*
- *sélectionner l'équipement et les médicaments à transférer en tenant compte de la capacité de stockage;*
- *vérifier les voies de transport et les possibilités d'accès;*
- *prévoir un transfert progressif s'il est possible d'utiliser l'ancienne et la nouvelle structure simultanément pendant une certaine période;*
- *ne pas oublier que retarder un transfert peut augmenter les risques pour certains patients et pour les membres du personnel;*
- *identifier les groupes vulnérables susceptibles d'avoir besoin de soins qui ne sont pas proposés dans la nouvelle structure;*
- *s'assurer que des procédures ont été mises en place pour garantir la confidentialité des informations relatives aux patients et former les membres du personnel à appliquer ces procédures;*
- *choisir et mettre en place des partenariats avec d'autres prestataires qui pourraient compléter ou remplacer certains services de santé;*
- *s'assurer d'avoir à disposition du matériel de communication de secours et mettre en place un plan d'évacuation;*
- *envisager des mesures de soutien du personnel pendant la délocalisation.*



L.D.Pelaez/Semana News

## 7. CONCLUSION

Le projet « Les soins de santé en danger » a permis à un grand nombre d'experts de la fourniture des soins de santé dans les conflits armés et les autres situations d'urgence de se réunir et de dialoguer.

Les discussions que ces experts ont eues dans le cadre de ce projet et plus particulièrement lors des deux ateliers organisés à Ottawa et à Pretoria autour de la question de la sécurité des structures médicales ont été la principale source d'information pour réaliser cette publication. Des représentants des autorités nationales, des organisations nationales et internationales, le Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, différents spécialistes des domaines techniques, des membres du personnel de santé et des universitaires y ont aussi largement contribué. Comme certains participants n'étaient pas habitués à travailler aussi étroitement avec d'autres partenaires, leur collaboration peut être considérée comme une réussite en soi.

Si cette publication contient principalement des recommandations visant à renforcer la sécurité des structures médicales dans les conflits armés et les autres situations d'urgence, elle peut s'appliquer à d'autres types d'urgence. La plupart des mesures prises pour anticiper, prévenir ou atténuer les conséquences des conflits armés et renforcer ainsi le système de santé sont tout aussi efficaces pendant une catastrophe naturelle par exemple.

En plus de servir de guide pour mettre en place un processus de planification d'urgence dans les structures médicales, il est attendu de cette publication qu'elle serve au développement des réseaux de professionnels créés dans le cadre du projet « Les soins de santé en danger » et à la coopération au sein de ces réseaux. Elle devrait aussi contribuer à mieux faire comprendre combien il est essentiel de protéger les soins de santé contre les répercussions des conflits armés.







## **MISSION**

Organisation impartiale, neutre et indépendante, le Comité international de la Croix-Rouge (CICR) a la mission exclusivement humanitaire de protéger la vie et la dignité des victimes de conflits armés et d'autres situations de violence, et de leur porter assistance. Le CICR s'efforce également de prévenir la souffrance par la promotion et le renforcement du droit et des principes humanitaires universels. Créé en 1863, le CICR est à l'origine des Conventions de Genève et du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, dont il dirige et coordonne les activités internationales dans les conflits armés et les autres situations de violence.



CICR