



LES UNITÉS MOBILES DE SANTÉ

APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE



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
E-mail: shop.gva@icrc.org
www.cicr.org
© CICR, mai 2006

LES UNITÉS MOBILES DE SANTÉ
APPROCHE MÉTHODOLOGIQUE

SOMMAIRE

1	<i>Préface</i>	p 5
2	<i>Qu'entend-on par UMS ?</i>	p 6
3	<i>Introduction</i>	p 7
4	<i>Les modes d'action du CICR</i>	p 7-8
5	<i>La pyramide sanitaire</i>	p 9-10
6	<i>Les services de santé au niveau primaire</i>	p 11
7	<i>L'articulation entre les modes d'action et les stratégies UMS</i>	p 12
8	<i>Les messages clefs de la revue de la littérature</i>	p 13
9	<i>Les éléments à considérer dans une stratégie UMS</i>	p 14-15
9.1	<i>Les UMS sont la stratégie à utiliser en dernier recours et qui permet d'améliorer l'accès des populations isolées sur le plan sanitaire au système de santé</i>	
9.2	<i>Les UMS nécessitent des ressources humaines bien formées</i>	
9.3	<i>Les UMS sont une stratégie privilégiée des programmes verticaux</i>	
9.4	<i>Les UMS doivent se consacrer aux pathologies graves à développement lent et aux activités de promotion de la santé et de prévention</i>	
9.5	<i>Les UMS ne sont pas appropriées pour une approche SSP</i>	
9.6	<i>Les UMS peuvent être une stratégie d'intervention médico-sanitaire d'urgence</i>	
9.7	<i>Les UMS doivent toujours prévoir une structure sanitaire de référence et une évacuation éventuelle</i>	
9.8	<i>Les UMS ne sont pas des outils d'évaluation d'une zone de santé</i>	
9.9	<i>La responsabilité des UMS du CICR incombe au personnel sanitaire</i>	
9.10	<i>Les UMS coûtent cher</i>	
9.11	<i>Les UMS sont souvent un « enfer logistique »</i>	
10	<i>Par quelles activités commençons-nous ?</i>	p 16-17
11	<i>La promotion de la santé et la prévention pour un maximum de résultats</i>	p 18
12	<i>Le triage</i>	p 19
13	<i>Les UMS et la protection</i>	p 20
14	<i>Fréquence, horaires et communication</i>	p 21
15	<i>Les éléments à considérer dans le processus décisionnel de la mise en place d'UMS</i>	p 22-23
16	<i>Bibliographie</i>	

Ce document est fondé sur des expériences relatées du terrain. Il a été rédigé par Stéphane Du Mortier, en collaboration avec Marlène Michel, Ahmed Berzig et Pierre Perrin, sur la base de témoignages et de rapports d'évaluation.

Le document a ensuite été envoyé sur le terrain pour amendements et suggestions, avant d'être validé comme document officiel de l'Unité des services de santé.

1 PRÉFACE

Depuis de nombreuses années, le CICR déploie des unités mobiles de santé (UMS) dans des contextes opérationnels particuliers.

En avril 2004, le CICR a adopté une politique d'assistance qui définit les activités principales de l'institution dans divers domaines : eau, habitat, sécurité économique et soins de santé. Il s'agit de la Doctrine 49.

En ce qui concerne les soins de santé, le CICR a décidé de concentrer ses efforts sur les soins hospitaliers d'urgence, la gestion des hôpitaux, les premiers secours, les soins de santé primaires, le soutien aux victimes de violences sexuelles, la santé en détention et la rééducation physique.

En cas de crise aiguë, le CICR mène des interventions médico-sanitaires d'urgence, alors que dans une situation plus stable, il privilégie une stratégie de soins de santé primaires.

Les UMS s'inscrivent dans une stratégie de fourniture épisodique et ambulatoire des services de santé. Cette stratégie est souvent employée afin d'atteindre des populations isolées.

L'expérience de ces dernières années montre la multiplicité des intervenants humanitaires impliqués dans la mise en place de programmes de santé dont le CICR garde le leadership.

Afin de transmettre les leçons tirées de l'analyse des expériences passées et d'une revue de la littérature, le présent document expose des directives quant à la mise en place des UMS.

Ce document s'adresse aux responsables de programmes médicaux et aux décideurs politiques impliqués dans le processus décisionnel de la mise en place des UMS.

Nous espérons que ces directives permettront d'harmoniser nos actions au bénéfice des victimes.



*Dr Hervé Le Guillouzic
Chef de l'Unité des services de santé*

2 QU'ENTEND-ON PAR UMS ?

Les unités mobiles de santé (UMS) s'inscrivent dans une stratégie de fourniture épisodique et ambulatoire d'un service de santé.

Qu'elle soit motivée pour des raisons de « présence » sur le terrain ou non, la stratégie des UMS doit rester **une stratégie d'exception**, à n'utiliser qu'en dernier recours pour fournir des services sanitaires aux populations n'ayant **pas accès** au système de soins de santé.

Les UMS peuvent être envisagées pour une **période courte, de transition**, en attendant la réouverture des structures fixes de santé ou l'accès à ces structures.

Compte tenu de leur présence intermittente sur le terrain, les UMS ont des **contraintes «intrinsèques»** dont il faut tenir compte avant de décider quels services sont à fournir.

Le choix des services (vaccination, promotion de la santé, prévention, transfert de patients, soins curatifs, etc.) doit être approprié, et chaque activité strictement **planifiée** (mode d'action, ressources humaines et matérielles, temps imparti, logistique). Ces activités répondent aux pathologies prioritaires, en fonction uniquement des taux de mortalité et de morbidité.

Il convient de toujours prévoir une structure sanitaire fixe vers laquelle on pourra orienter les patients, si nécessaire.

3 | INTRODUCTION

Dans le cadre de la **Doctrine 49** et sur la base du document **Les services de santé au niveau primaire**, le présent document a pour objectif d'exposer l'ensemble des questions à soulever avant de mettre en place la stratégie opérationnelle des UMS.

Il tient compte de nombreuses références CICR (doctrines¹, documents officiels², etc.) et de la littérature internationale pour expliquer la marche à suivre dans le processus décisionnel de la stratégie des UMS.

Au préalable, trois références importantes doivent être rappelées : les modes d'action du CICR, la pyramide d'un système de santé et les services de santé au niveau primaire.

4 | LES MODES D'ACTION DU CICR

« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples : ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées³. » Le CICR fait en sorte que les autorités assument leurs responsabilités vis-à-vis des populations touchées par les conflits armés.

« Toutefois si les circonstances l'amènent à fournir des services aux populations affectées, le CICR n'a pas pour vocation de se substituer aux responsabilités des autorités. Il poursuit ses efforts envers celles-ci pour qu'elles prennent en charge ces services et ainsi assument pleinement leurs obligations⁴. »

Les différents modes d'action du CICR sont :

La persuasion : dialogue bilatéral et confidentiel

La persuasion vise à convaincre les autorités sanitaires de respecter les obligations qui leur incombent, à savoir préserver la vie et la santé de leurs populations.

La mobilisation : chercher le soutien de tiers

La mobilisation est la recherche d'un soutien auprès de tiers, en raison de l'influence que ceux-ci peuvent exercer sur l'acteur que nous cherchons à persuader. Cette recherche de soutien peut être formellement basée sur l'article premier commun aux Conventions de Genève de 1949 (obligation de « faire respecter »).

Le soutien : coopération avec les autorités défaillantes

Les activités de soutien sont orientées vers les autorités elles-mêmes et visent à les aider à assumer leurs responsabilités. Ce soutien peut prendre de nombreuses formes : soutien matériel et à la formation, aide à la gestion, à la coordination, par exemple. Il implique une relation de confiance avec les autorités, leur coopération et une entente préalable sur les objectifs à atteindre et les échéances.

¹ Doctrines 15, 49 et 57.

² P. Perrin, *Guerre et santé publique – Manuel pour l'aide aux prises de décisions*, CICR, Genève, 1995 et D. Dufour, et al., *La chirurgie des blessés de guerre*, CICR, Genève, 2000.

³ Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, adoptée par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

⁴ Doctrine 49, p. 9.

La substitution : fourniture directe à la place du responsable défaillant

Il arrive fréquemment, dans des situations de conflit armé ou de violence interne, que les autorités n'aient pas les moyens ou pas la volonté de répondre aux besoins humanitaires constatés dans leur pays. Il arrive aussi parfois que les autorités n'existent pas ou plus.

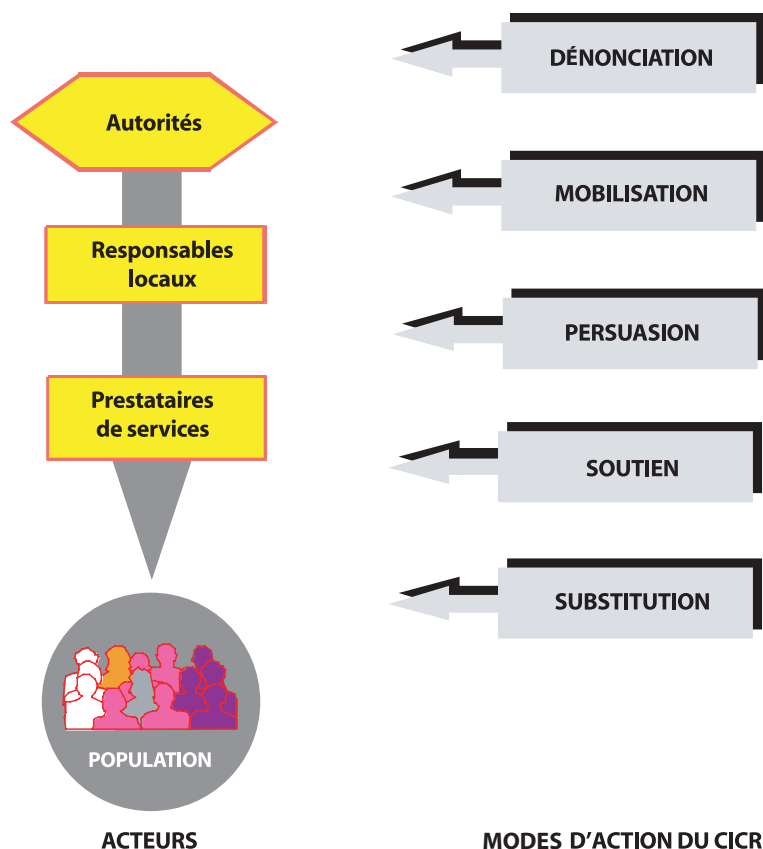
Dans ces cas, le CICR doit envisager de répondre directement aux besoins : ses activités consistent alors à fournir une assistance directement aux victimes. Elles relèveront de la substitution si le CICR agit en lieu et place des autorités responsables.

La dénonciation : recourir à la condamnation publique

La dénonciation est la constatation publique que des faits constituent une violation du droit international humanitaire ou des droits fondamentaux. L'allégation publique de violations en constitue le stade ultime. Le recours à la dénonciation est régi par la Doctrine 15⁵ et reste en principe exceptionnel.

Ces modes d'action ne sont pas exclusifs, leur combinaison étant essentielle pour la mise en œuvre de la stratégie choisie. En effet, le soutien peut accroître l'effet de la persuasion, et la mobilisation peut avoir pour but d'obtenir un soutien.

Le schéma suivant montre les différents modes d'action du CICR et les interlocuteurs correspondants.



Diversité et hiérarchie des acteurs concernés par les différents modes d'action du CICR

⁵Ligne directrice 2.5.

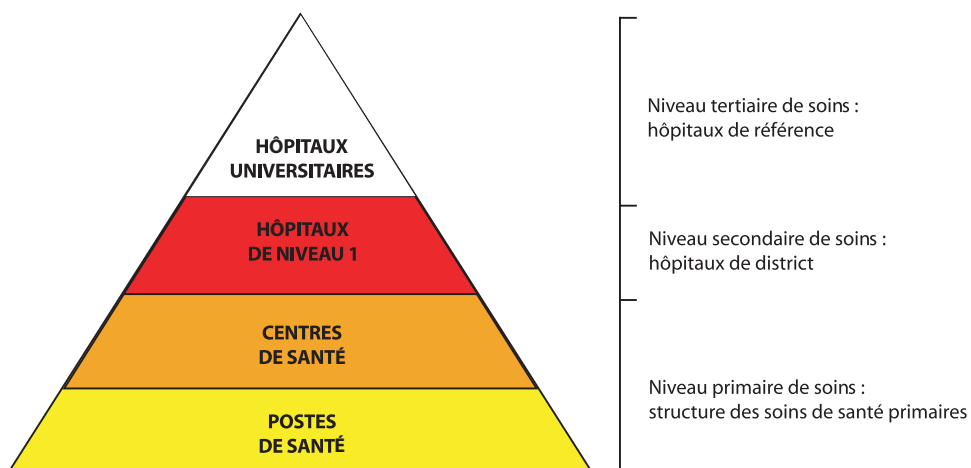
5 | LA PYRAMIDE SANITAIRE

Tout système de santé peut être représenté par la pyramide sanitaire, dont le nombre d'échelons ainsi que les interlocuteurs peuvent différer d'un pays à l'autre.

En haut de la pyramide, il y a les structures de soins spécialisés, tandis qu'à la base, on trouve les soins généraux, dont font partie les soins de santé primaires (SSP).

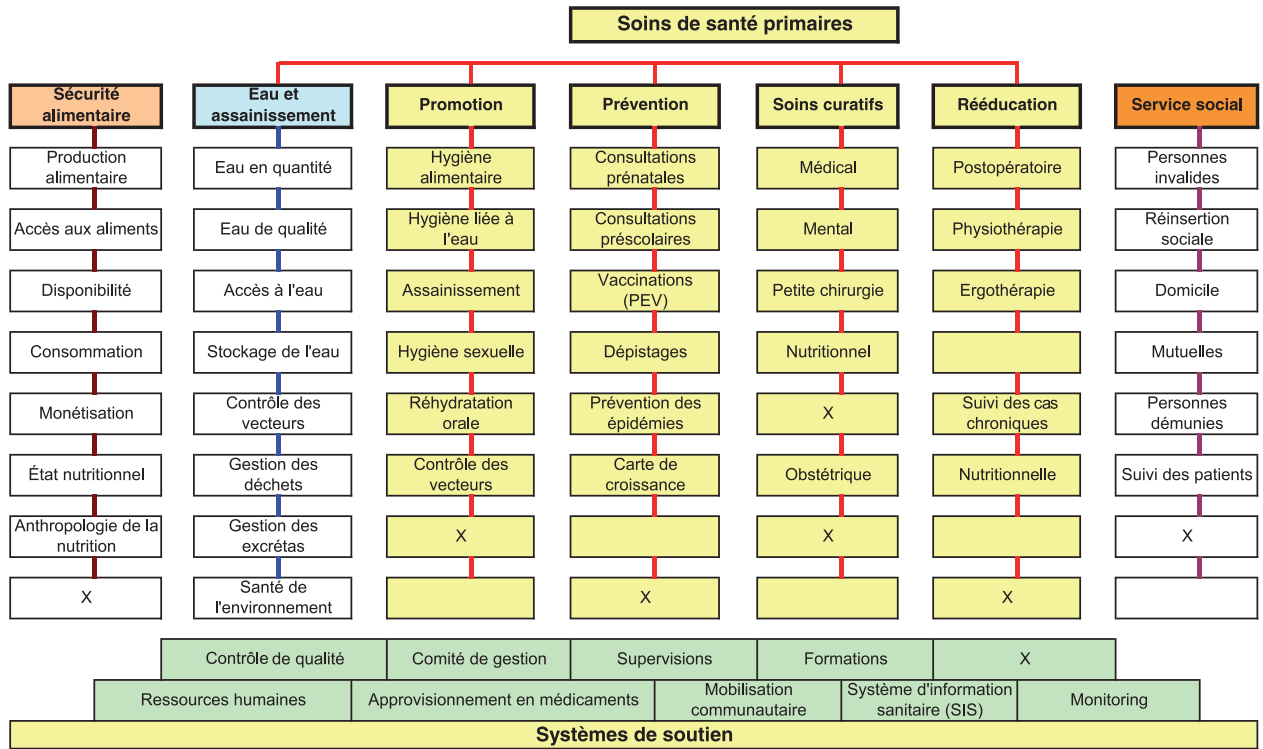
C'est aussi à la base que l'on trouve la stratégie des UMS de vaccination, par exemple.

Les UMS ne sont pas l'apanage des services de santé primaires mais peuvent aussi être issues de niveaux de santé plus spécialisés comme les cliniques chirurgicales ophtalmiques.

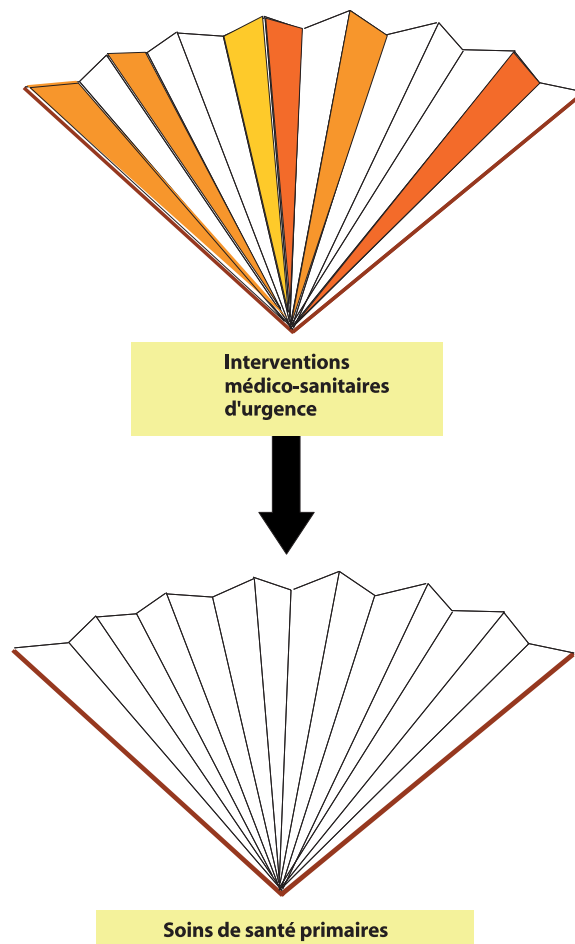


La structure sanitaire de la base (ici, les postes de santé, mais selon les pays, il peut s'agir des centres de santé ou des consultations du médecin généraliste) est responsable de la totalité ou d'une partie de l'éventail des SSP.

Les SSP sont un ensemble d'activités et de services qui peuvent être regroupés en plusieurs catégories : sécurité alimentaire, eau et assainissement, promotion de la santé, prévention, service curatif, rééducation, et aussi aide sociale.



L'éventail des SSP est un idéal à atteindre. Les conditions de l'action du CICR sont liées aux conflits armés, ce qui est un facteur contraignant de l'applicabilité de tous les services SSP souhaités. Dans le large éventail des SSP, la sélection des services prioritaires dans une situation donnée est alors essentielle.



6 | LES SERVICES DE SANTÉ AU NIVEAU PRIMAIRE

Ce chapitre explique le concept des interventions médico-sanitaires d'urgence par rapport à celui des SSP, ainsi que les étapes à suivre pour la mise en œuvre de ces interventions, conformément à la politique opérationnelle du CICR. Il décrit, étape par étape, les éléments à considérer pour l'élaboration d'une réponse appropriée aux besoins des victimes du conflit.

Les deux premiers éléments sont des ***analyses***

- de la situation politique
- de la situation sanitaire

L'analyse dynamique de la situation politique et de la crise sanitaire : pour définir une action adéquate, nous devons évaluer la situation politique, d'une part, et la situation sanitaire, d'autre part.

La Doctrine 49 donne une définition des crises sanitaires basée sur la relation entre les besoins et les services de santé. On distingue ainsi :

- la crise émergente et la précrise
- la crise aiguë
- la crise chronique
- l'après-crise

Les autres éléments sont des ***décisions***

- d'ordre démographique : quelle est notre population cible ?
- d'ordre institutionnel : quels modes d'action faut-il privilégier ?
- d'ordre stratégique : quelle stratégie allons-nous employer ?
(de l'intervention médico-sanitaire d'urgence (IMSU) aux SSP)
- d'ordre opérationnel : quels services allons-nous fournir effectivement ?
- d'ordre temporel : combien de temps allons-nous assurer ces services ?

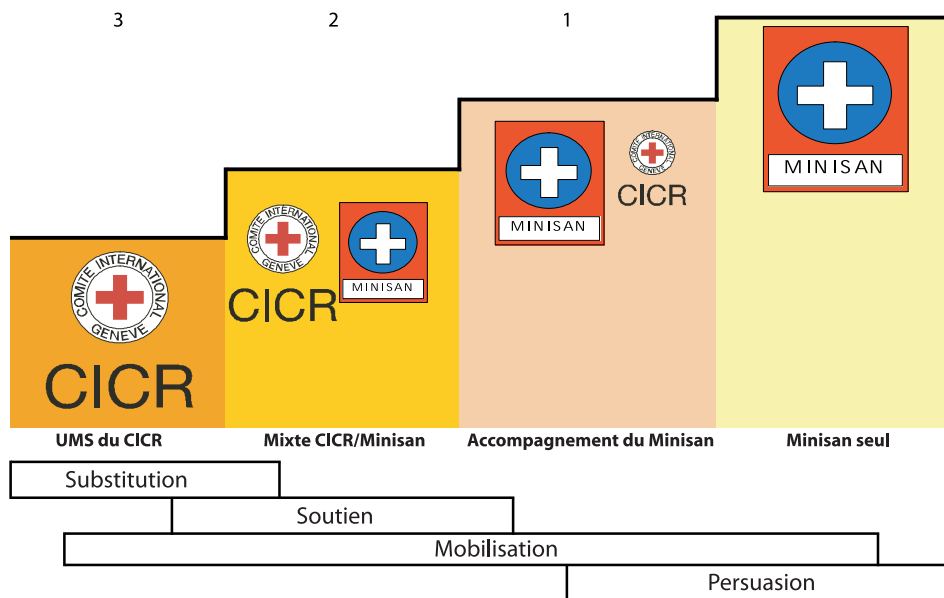
Et nous y ajouterons une décision supplémentaire

- d'ordre prioritaire : par quelles activités commençons-nous ?

Il est important de se poser régulièrement la question du mode d'action pour chacune des activités.

7 | L'ARTICULATION ENTRE LES MODES D'ACTION ET LES STRATÉGIES UMS

Le rapport faisant référence à « l'échelle d'accompagnement » du CICR en Colombie (2005) illustre bien les différentes étapes possibles d'une collaboration entre le ministère de la Santé (Minisan) et le CICR. Les différents modes d'action y sont complémentaires.



- La situation idéale est évidemment la responsabilité complète du ministère de la Santé envers sa population.
- Une première étape de l'action (chiffre 1 sur la figure) est l'accompagnement par le CICR d'un service qui relève totalement du ministère de la Santé : le CICR n'est là que pour des raisons sécuritaires, après négociations avec les différents groupes armés.
- Dans quelques régions cependant, le CICR prête son personnel (en général, un médecin local au minimum) au ministère de la Santé et, bien sûr, garantit la sécurité – comme dans l'étape précédente (chiffre 2 sur la figure).
- À la fin des années 1990 et au début des années 2000, le CICR était la seule organisation humanitaire acceptée par les groupes armés et a alors dû se substituer au ministère de la Santé. Depuis lors, après des mois de persuasion, ce mode d'action n'est plus nécessaire (chiffre 3 sur la figure).

Remarques :

- Le seul obstacle qui empêche le ministère colombien de la Santé de rendre les services adéquats à sa population est l'insécurité.
- Chaque activité et tout mode de fonctionnement d'une UMS doivent être soigneusement planifiés afin d'éviter la substitution et de favoriser l'indépendance d'action du ministère colombien de la Santé dans les zones aux mains des rebelles.

8 | LES MESSAGES CLEFS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE ⁶

- Les UMS sont une stratégie à utiliser en dernier recours (parfois efficace mais rarement suivie d'effets) pour atteindre les populations isolées sur le plan sanitaire.
- Le principal objectif de la mise en place des UMS est d'améliorer l'accès de ces populations au système de santé ¹⁻⁸.
- Les UMS sont populaires et flexibles.
- Elles sont employées :
 - temporairement, avant l'ouverture (ou la réouverture) de structures de santé permanentes (poste/centre de santé);
 - pour orienter les populations isolées vers des structures de soins existantes ⁹.
- Il n'existe pratiquement pas d'articles relatifs à des UMS avec de larges champs d'action, contrairement au grand nombre d'articles consacrés aux programmes verticaux curatifs spécifiques (chirurgie ¹⁰, maladies particulières comme la lèpre ¹¹, le paludisme ¹², l'échinococcose ¹³, etc.).
- De nombreux articles soulignent l'importance d'une structure sanitaire fixe ^{14,15}, où l'UMS peut se rendre (par exemple, un centre de santé ou un hôpital où sont dispensés des soins chirurgicaux spécialisés (cataracte, glaucome)).

Cette structure fixe a un double rôle ¹⁶ :

1. la sélection des patients;
2. le suivi des patients au départ de l'UMS.

Son personnel bénéficie des formations données par l'équipe mobile.

- Toutes les UMS planifient rigoureusement leur présence régulière sur le terrain.
- Les UMS sont décrites comme très utiles pour les actions de dépistage (cancer du sein ¹⁷⁻²¹ et de l'utérus ²²⁻²⁵, tuberculose ²⁶⁻²⁸, schistosomiase ^{29,30}, etc.) et, plus largement, pour les activités de promotion de la santé et de prévention ³¹⁻³⁴.
- Les UMS les plus efficaces (*efficient*) sont celles qui traitent les pathologies en une seule visite (cataracte ³⁵⁻³⁷, problèmes dentaires ³⁸).
- Les UMS doivent se consacrer aux pathologies graves de développement lent comme la leishmaniose, l'onchocercose, la lèpre, la trypanosomiase, mais aussi au dépistage des cancers du sein ou du col de l'utérus, et aux soins dentaires ³⁹.
- Les UMS sont souvent caritatives et tiennent peu compte d'une approche de santé publique ⁴⁰⁻⁴⁴.
- Le coût élevé des UMS est souligné dans de nombreux articles ⁴⁵⁻⁵³, alors que peu d'articles rendent compte de leur impact, sauf ceux concernant la dentisterie ⁵⁴⁻⁵⁷ ou les soins oculaires ^{58,59}.
- De nombreuses UMS sont mises en place afin de réduire les hospitalisations et donc les frais correspondants ⁶⁰⁻⁶².
- Les articles sur les UMS faisant partie d'un programme SSP insistent sur l'importance de l'implication communautaire (organisation du lieu de consultation, calendrier, mobilisation, etc.) ⁶³⁻⁶⁶.
- Pour inciter les populations à consulter les UMS, on leur propose d'abord le service qui les intéresse le plus (vaccination dans le cadre d'un programme de planification familiale ⁶⁷, distribution de préservatifs dans les cliniques s'occupant des maladies sexuellement transmissibles (cliniques MST) ou du sida) ^{68,69}.

⁶ La bibliographie de ce document est une sélection des 526 articles repris de *Mobile Health Units and Mobile Clinics, A revision of the literature*, Stéphane Du Mortier, janvier 2005, Bogotá, Colombie. Voir aussi BOG 05/653 « Elements to consider before starting an MHU : The Colombian experience », Stéphane Du Mortier, avril 2005.

9 | LES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS UNE STRATÉGIE UMS

Les éléments suivants sont le résultat des expériences de terrain et de celles relatées dans la littérature.

9.1 Les UMS sont la stratégie à utiliser en dernier recours et qui permet d'améliorer l'accès des populations isolées sur le plan sanitaire au système de santé

Vu l'intermittence des services d'une UMS, toute autre stratégie de fourniture des services sanitaires est préférable.

9.2 Les UMS nécessitent des ressources humaines bien formées

Les enjeux du triage, les choix limités des services fournis mais aussi l'analyse continue des problèmes, l'usage de la flexibilité « intrinsèque » des UMS et la cohérence de l'action par rapport aux objectifs non sanitaires du CICR exigent du personnel impliqué dans les UMS une approche de santé publique stricte et rationnelle.

9.3 Les UMS sont une stratégie privilégiée des programmes verticaux

Un programme est dit vertical quand le personnel de santé vient d'une autre structure (en général, plus élevée dans la hiérarchie sanitaire) pour donner des soins spécifiques. Ainsi, un centre de santé accueille des spécialistes de la leishmaniose ou du paludisme, un hôpital accueille un chirurgien ophtalmologiste. Ces programmes verticaux sont complémentaires du réseau de centres de santé et d'hôpitaux existants.

Quelques exemples :

- Les équipes chirurgicales mobiles du CICR sont à classer dans cette catégorie (Somalie en 1992-1993, Sud-Soudan en 2000, Darfour en 2005).
- De même que les cliniques dentaire et ophtalmique à Sri Lanka en 1999. À leur début, elles donnaient essentiellement des soins curatifs, mais elles se sont progressivement tournées vers les activités de promotion de la santé et de prévention.
- Au Mali : au cours de l'année 1996, le CICR avait deux UMS chargées du programme élargi de vaccination (PEV) dans les cercles (districts) de la santé de Tombouctou et de Bourem.

9.4 Les UMS doivent se consacrer aux pathologies graves à développement lent et aux activités de promotion de la santé et de prévention

Pour avoir une chance de rencontrer un patient atteint d'une pathologie, vu l'intermittence des soins dispensés, les UMS sont une stratégie intéressante dans les cas de pathologies graves mais lentes à se développer (dépistages, par exemple) et dans les activités de promotion de la santé et de prévention (comme les consultations prénatales ou les vaccinations).

9.5 Les UMS ne sont pas appropriées pour une approche SSP

Il n'est pas possible de mener le large éventail des activités curatives, préventives ou promotionnelles lors d'interventions intermittentes. La réalisation simultanée de tous ces services au niveau d'une structure sanitaire est appelée approche horizontale ou intégrée.

Quelques exemples :

- En Colombie, les UMS renforcent les SSP dans des actions de promotion de la santé et de prévention (vaccination, cytologie). Les autorités les reconnaissent comme un pis-aller dans les régions dont les postes de santé sont abandonnés suite au conflit et où elles constituent aujourd'hui le seul service sanitaire.
- Dans la région de Vanni (Sri Lanka), les UMS étaient d'abord curatives, puis sont devenues progressivement éducatives à l'intention des *community health workers*. Tandis qu'à Trincomalé, une infirmière du ministère de la Santé pouvait nous accompagner : elle donnait ainsi des consultations prénatales (CPN) et procédait à des vaccinations.

9.6 Les UMS peuvent être une stratégie d'intervention médico-sanitaire d'urgence

Après avoir sélectionné les maladies que nous allons traiter et fixé les priorités dans les activités à mener à cet effet, compte tenu des contraintes intrinsèques (les UMS) et extrinsèques (le milieu), les UMS peuvent constituer, pour une période limitée, une stratégie de fourniture de services et de soins. Elles font partie d'un processus dynamique de réponse aux problèmes rencontrés.

La qualité des services d'une UMS dépend fortement du triage et d'une bonne définition des priorités et donc des activités à réaliser.

Quelques exemples :

- Au Myanmar, les UMS verticales de vaccination sont déployées dans les zones connues pour des problèmes de protection.
- Au Rwanda en 1993 et 1994, le CICR envoyait ses UMS dans la zone de désengagement entre les troupes gouvernementales et les rebelles du Front patriotique rwandais.
- Au Mali, le CICR avait deux UMS de vaccination PEV en zone touareg – maure.
- En Sierra Leone en 2001, des UMS assurant des services curatifs limités aux pathologies principales, à la vaccination et à la sensibilisation furent organisées avec succès pendant six mois.

9.7 Les UMS doivent toujours prévoir une structure sanitaire de référence et une évacuation éventuelle

L'équation est simple à comprendre :

Nous nous rendons, en dernier recours stratégique, avec des UMS dans une zone dont la population est isolée sur le plan sanitaire. Les attentes de la population seront bien plus grandes que les services dont dispose une UMS.

Ne pas pouvoir orienter les personnes les plus malades vers une structure plus spécialisée nous discréditerait et mettrait notre présence en péril.

En pratique, peu de patients acceptent l'évacuation, car cela implique de laisser une trop lourde charge socio-familiale derrière soi. De plus, ils sont inquiets, car ils se demandent s'ils pourront revenir chez eux et comment.

Quelques exemples :

- Au Rwanda, les UMS de la « zone tampon » évacuaient les malades les plus graves vers l'hôpital de Rutongo avec un service d'ambulance.
- En Colombie, des accords ont été passés avec les hôpitaux de premier et second niveaux afin qu'ils accueillent les malades qui leur sont envoyés par le CICR. Nous payons les frais de transport (pas de service d'ambulance).
- À Sri Lanka, nous avons orienté les patients gravement malades vers trois hôpitaux de la région de Vanni.

9.8 Les UMS ne sont pas des outils d'évaluation d'une zone de santé

Toute évaluation génère des attentes considérables parmi les bénéficiaires potentiels. Afin d'éviter de décevoir les populations (ce qui peut mener à d'éventuels problèmes de sécurité), il est important de ne pas confondre évaluation et stratégie d'action.

Les UMS sont une stratégie de réponse à un problème de santé, pas un outil d'évaluation. On ne développe pas une UMS pour évaluer les besoins d'une population, pour « voir qui va se présenter, et avec quel type de problème ».

Par contre, il est judicieux, dans le cas d'une UMS de vaccination, de profiter de notre présence pour évaluer de manière plus fine les besoins en protection et en assistance de la zone sanitaire.

9.9 La responsabilité des UMS du CICR incombe au personnel sanitaire

La fourniture d'un service de qualité, les implications à court et à long termes, les coûts, la cohérence du programme et surtout sa limite dans le temps sont des aspects que seul le responsable sanitaire peut évaluer.

C'est lui aussi qui adaptera cette stratégie aux changements politiques, sanitaires ou sécuritaires.

La stratégie UMS n'est donc pas une décision politique mais sanitaire dont le critère majeur est la qualité des services disponibles.

9.10 Les UMS coûtent cher

Seuls des services très spécialisés comme la dentisterie ou la chirurgie oculaire ont prouvé leur efficacité (*efficiency*).

9.11 Les UMS sont souvent un « enfer logistique »

Les UMS vont, par définition, à la rencontre des populations isolées pour des raisons d'insécurité ou d'accès. L'aspect logistique des activités devient une contrainte importante dont il faut tenir compte (voir le chapitre 14 « Fréquence, horaires et communication »).

10 | PAR QUELLES ACTIVITÉS COMMENÇONS-NOUS ?

Selon « Les services de santé au niveau primaire », la dernière question à se poser dans le processus décisionnel doit être :

Quels services allons-nous fournir effectivement dans les interventions médico-sanitaires d'urgence ? Ces services⁷ doivent répondre aux pathologies principales rencontrées.

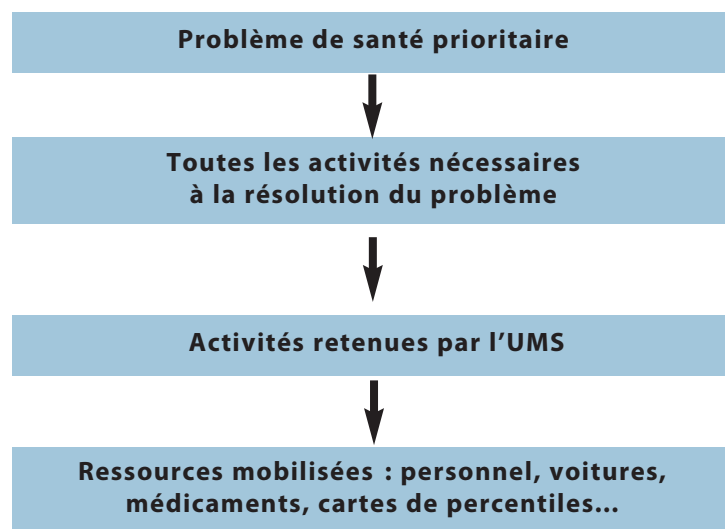
Nous voulons ici pousser le raisonnement un cran plus loin en posant la question suivante : par quelles activités commençons-nous ?

Si cette question est commune pour toute intervention (en structure sanitaire fixe ou mobile), elle prendra une importance particulière pour les structures mobiles à cause de leurs contraintes « intrinsèques ».

Le choix des activités prioritaires doit se faire en fonction des problèmes de santé prioritaires.

Pendant, l'ordre des priorités va dépendre dans une large mesure et selon la situation

- de la mise en œuvre possible : ressources humaines locales et expatriées, logistiques et, dans le cas des UMS, du temps à passer sur place, par exemple ;
- de la perception de la population.



Exemple de hiérarchisation des priorités pour une situation donnée :

1. Pour la vaccination, en cas d'épidémie, la mobilisation sociale se fera très spontanément à partir du moment où l'information sur le lieu et la date de la vaccination circule ; par contre, quand il n'y a pas d'épidémie, la mobilisation peut demander beaucoup plus de temps et de moyens.
2. Les séances d'IEC (information, éducation, communication) sont rarement prioritaires dans une situation d'urgence, mais elles sont une activité essentielle en toute autre occasion.

⁷ Un service est un ensemble d'activités. On parle de service curatif, de service de vaccination, de service préventif, de service de soins maternels et infantiles.

Nous représentons ici les activités liées à chaque pathologie.

Problème de santé	x...	Gale	Paludisme	Rougeole	IVRSup	Diarrhée	Abcès dentaire
Activité priorité 1		Traitement	Traitement	Chaîne du froid	Traitement	ORS	Opération
Activité priorité 2		IEC	Moustiquaires	Injection	IEC	laboratoire	Soins dentaires
Activité priorité 3		Hygiène	Sprayage	Cartes	Conditions de vie	Traitement AB	IEC
Activité priorité 4			IEC	Mobilisation			

Dans le cas des UMS, le choix des priorités dans les activités est essentiel vu l'intermittence des services. Toute nouvelle activité doit faire l'objet d'une réflexion approfondie.

La zone bleue illustre les activités initiales prioritaires pour une situation donnée.

Les problèmes de santé principaux sont connus (première ligne). Les activités à développer sont connues (cases en pointillés), mais lesquelles choisir ?

La question qui se pose alors est : qui va le faire ?

Cela nous renvoie aux modes d'action.

Quelques exemples :

1. S'il n'y a pas de personnel sanitaire sur place : mode d'action = *substitution*. Et nous devons donc attendre notre prochain passage.
2. S'il y a du personnel sanitaire sur place, nous devons le former pour que, en notre absence, il soit en mesure de réaliser des séances d'éducation sanitaire : mode d'action = *soutien*.
3. Si une organisation locale existe à quelques kilomètres de là : mode d'action = *mobilisation*.
4. Si l'on peut affecter au poste de santé un promoteur de la santé du ministère de la Santé depuis un centre ou un hôpital : mode d'action = *persuasion*.

Chaque activité doit être régulièrement repensée selon son mode d'action, sachant qu'il faut privilégier le mode d'action le moins substitutif.

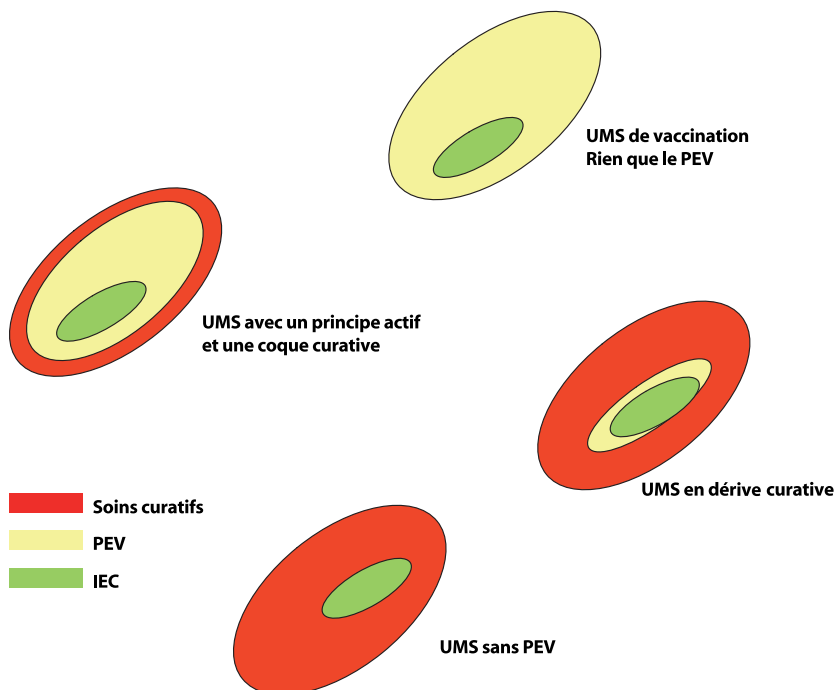
11 | LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION POUR UN MAXIMUM DE RÉSULTATS

Les UMS ne sont pas la stratégie adéquate pour traiter les patients pendant la phase aiguë de leur maladie. Cela est abondamment illustré par la littérature.

La littérature montre l'intérêt d'une telle stratégie pour la vaccination ou pour le dépistage (maladies graves/mortelles à développement lent).



Les différents services de l'UMS peuvent être comparés à une gélule. Sa capsule est attrayante, colorée, et dissimule le principe actif. Dans le sujet qui nous intéresse, le principe actif est la vaccination⁷⁰ et l'ensemble des actions de promotion de la santé et de prévention.



UMS = unité mobile de santé | PEV = programme élargi de vaccination

IEC = information, éducation, communication

Les quatre situations suivantes sont fréquentes sur le terrain :

1. Une « capsule » curative succincte qui répond aux principales pathologies aiguës et chroniques, avec une forte composante de promotion et de prévention, dont la vaccination. C'est la situation idéale.
2. Une UMS verticale PEV.
3. Chaque délégué privilégie soit la composante curative, soit la promotion et la prévention.
4. Une UMS strictement curative dont les résultats ont un faible impact sur la santé de la population.

Nous rencontrons énormément de « dérives curatives » et n'avons jamais constaté de « dérive de promotion de la santé et de prévention ».

Le propre de tout service intermittent, c'est l'afflux des patients qui attendent tout de nous et donc aussi les services curatifs. Notre action étant limitée dans le temps, il faudra sélectionner les patients les plus malades pour lesquels nous avons une solution : le triage.

Ne pas réaliser de triage, c'est créer la confusion et mettre en péril notre présence même, tant du point de vue sécuritaire que sur le plan qualitatif. Sans triage correct, il n'y a pas d'UMS de qualité. Cette étape, a priori anodine, est l'étape la plus compliquée d'une UMS.

Les principes de base du triage (tant médical que chirurgical) sont les suivants :

1. Nous sommes limités par nos moyens (temps, services, ressources humaines, etc.). Nous ne pouvons donc pas faire tout pour tout le monde.
2. Notre but est alors d'obtenir le meilleur résultat pour le plus grand nombre.

Ces deux points paraissent simples mais sont de réelles pierres d'achoppement sur le terrain.

1. Les délégués santé ont du mal à délaissier les patients les moins malades.
2. La qualité des soins doit être la meilleure possible compte tenu des conditions locales, du nombre de patients et du temps imparti.
3. La pression des groupes armés peut être énorme.

Nous ne pouvons pas mettre en place des UMS sans connaître les maladies qui tuent dans notre zone d'action. Répertorier ces maladies sera notre priorité absolue.

Les critères de triage doivent être strictement fixés d'un commun accord, avant d'arriver sur le lieu de la consultation. Ces mêmes critères devront être expliqués à la communauté.

Ils dépendront :

- des taux de mortalité et de morbidité locaux (pathologies prioritaires);
- des activités considérées comme prioritaires;
- des ressources mobilisées (effectifs, liste limitée de médicaments, petite chirurgie ou non, etc.).

On triera alors les patients en les classant dans **quatre catégories** :

1. **Les cas graves** : ces patients nécessitent une intervention d'urgence mais ont une bonne chance de survie.
2. **Les patients de seconde priorité** : ces patients ont besoin d'être examinés mais pas en urgence ; ils sont mis sur une liste d'attente. Ils passent ensuite une consultation qui les oriente vers la personne la plus apte à les prendre en charge. En pratique, la plupart des patients font partie de cette catégorie.
3. **Les patients qui ne nécessitent pas une consultation** : leur nombre est non négligeable et nous permet de mener des actions reconnues efficaces comme le déparasitage⁷¹ ou la distribution de sulfate de fer pour trois mois aux femmes en âge de procréer.
4. **Les patients ayant une faible chance de survie** : nous veillerons à ce qu'ils reçoivent les soins de confort appropriés.

Le triage doit être parfaitement organisé sur le plan logistique. Les patients n'attendront pas sagement derrière une « ligne rouge comme à la banque », mais s'efforceront de passer en force. Les patients les plus forts et les moins malades auront alors accès aux soins, tandis que les malades plus faibles seront laissés pour compte.

Quelques exemples :

- Au Rwanda, en 1993-1994, les patients devaient passer dans des couloirs délimités par des rubans, seul moyen de canaliser une population nombreuse.
- En Colombie, il a fallu tenir compte d'un facteur important pour le triage : la distance parcourue par les patients pour arriver à la consultation. Les premiers examinés avaient alors le temps de rentrer chez eux en toute sécurité.

La richesse de l'action du CICR est la complémentarité entre la protection et l'assistance. Chacune de nos activités doit être perçue sous ces deux angles, et ce, conformément au mandat du CICR qui est d'assurer protection et assistance aux victimes⁸.

Une stratégie comme celle des UMS doit être bien définie par rapport à ces deux composantes. Si l'on ne développe pas des UMS dans une région pour y assurer une protection, nous devons les mettre en place selon les normes de santé publique et nous efforcer d'obtenir des résultats sanitaires.

La recherche de résultats sanitaires, en plus du bénéfice direct pour la population bénéficiaire, est essentielle si l'on veut gagner la confiance des forces en conflit, et montrer notre professionnalisme et notre neutralité. Une fois la confiance établie, un dialogue peut s'engager et des sujets comme les allégations de non-respect du droit international humanitaire seront probablement abordés.

L'absence de résultats quantifiables ou visibles pour les activités de protection n'est pas une raison suffisante pour délaissier la dimension incontournable de la protection dans une approche du CICR, quelle qu'elle soit. Toute délégation doit avoir constamment comme préoccupation d'intégrer la composante protection dans ses activités, afin d'exploiter au mieux le potentiel d'une situation et de traiter ainsi, dans toute la mesure possible, les problèmes de protection.

Les premiers bénéficiaires de la protection du CICR sont les représentants du ministère de la Santé que nous accompagnons sur le terrain dans le cadre des UMS. Les populations immunisées sont protégées contre de nombreuses maladies. De plus, au cours de nos missions auprès des populations isolées sur le plan sanitaire, des allégations peuvent être rapportées ou il est possible de prendre contact avec les groupes armés.

Dans ce contexte de complémentarité avec les activités de protection, il est parfois demandé à l'équipe médicale du CICR de mener une activité sanitaire dans une zone isolée où les populations sont exposées à des violations du droit humanitaire⁹.

- Il est de la responsabilité du personnel de santé de respecter les normes de santé publique afin que l'action sanitaire ait un résultat probant pour les bénéficiaires¹⁰. Il devra exiger de la délégation une présence appropriée sur le terrain. En effet, une activité de protection s'inscrit rarement dans la même échelle de temps qu'une activité médicale¹¹, qui doit être menée à terme¹².
- Les délégués santé doivent être bien au courant tant des objectifs sanitaires que des objectifs «protection» de leur action. En effet, certaines activités sanitaires peuvent être importantes en termes de protection, comme la récolte d'informations faisant état d'une «épidémiologie des violations du droit humanitaire¹³».

La stratégie de l'UMS reste notre dernière option sanitaire, même si elle apparaît souvent comme étant la première aux yeux des non-médicaux.

⁸ Statuts du Mouvement, art. 5, par. 2, al. c et d.

⁹ En Côte d'Ivoire en 2003 : seul le CICR avait accès à la zone tampon. La stratégie UMS a été appliquée pendant quelques mois, avant la réouverture des centres de santé.

¹⁰ « Une intervention peut aussi être envisagée si :

- les activités d'assistance servent de point d'entrée à des activités de protection;
- les activités d'assistance facilitent le positionnement et favorisent l'acceptabilité du CICR.

Dans le cas où le CICR déciderait d'intervenir sur la base de l'un de ces paramètres, il doit impérativement tenir compte des implications à long terme que le programme risque d'engendrer et seules des activités principales seront envisagées. » (Doctrines 49, 5.2.6 « Autres paramètres à considérer ».)

¹¹ Au Myanmar, en 2004-2005, la mise en place d'UMS de vaccination PEV a été décidée en fonction de la problématique de la protection. Le programme est court (quatre séances de vaccination) et souple (car on peut se déplacer).

¹² On n'arrête pas un cycle de vaccination ni un programme d'éducation, notamment.

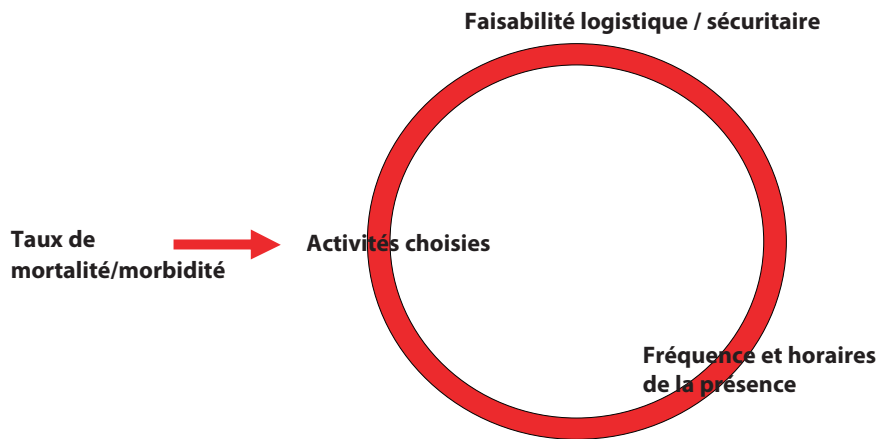
¹³ Colombie (1996-1999).

14 | FRÉQUENCE, HORAIRES ET COMMUNICATION

Avons-nous le temps de mener des activités ? Ou devons-nous y renoncer ?
 Si nous y allons, obtiendrons-nous des résultats ?
 Allons-nous là-bas pour traiter les maladies aiguës ou chroniques ?
 Quelle est la disponibilité des bénéficiaires ? (Travail aux champs en fonction des saisons, jours d'activité sur les marchés, etc.)

**La principale contrainte « intrinsèque » des UMS est la non-permanence de leurs soins :
 « La clinique passe, le malade reste ! »**

Si l'évaluation de la zone nous a permis de documenter les causes de mortalité et de morbidité et d'envisager ainsi les activités à mener, la faisabilité de celles-ci dépend des aspects sécuritaire et logistique. En effet, les distances à parcourir, le temps requis, les saisons, les crues, les accords et les laissez-passer nous limitent souvent à une plage horaire extrêmement réduite.



L'exercice de probabilité suivant démontre le caractère inopportun de la mise en place d'UMS curatives :

Quelle est la probabilité pour un patient souffrant d'une pneumonie¹⁴ d'être examiné par une UMS ?

La probabilité que le patient ait accès à une UMS, à temps, est égale au rapport entre le nombre de jours de présence de l'UMS par an et le nombre de jours de l'année (formule en unité de temps pour une communauté).

Probabilité d'une consultation : $\frac{\text{nombre de jours de l'UMS dans le village}}{\text{nombre de jours de l'année}}$

Ainsi, lorsque nous procédons à des vaccinations annuellement, à raison de quatre fois deux jours, dans une communauté, la probabilité pour le patient atteint d'une pneumonie aiguë d'avoir accès aux soins de l'UMS est de 2%.

Avec une présence hebdomadaire dans le même village, la probabilité est de 14% seulement.

Un centre de santé qui est ouvert chaque jour garantit une probabilité de 100%.

Présence	1 x / semaine	2 x / trimestre	Tous les jours
Probabilité de rencontrer le patient au cours de sa maladie aiguë	14 / 100	2 / 100	100 / 100

Soulignons que ces chiffres sont ceux d'une situation idéale!

Au cas où le patient ne peut se rendre au lieu de consultation (distance, état physique, insécurité), ces probabilités sont plus réduites encore.

¹⁴ Exemple d'une pathologie aiguë. L'OMS considère qu'en région stable (sans épidémie), chaque membre de la communauté aura un « épisode de maladie aiguë » annuel de sept jours (moyenne de la communauté).

15 | LES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS LE PROCESSUS DÉCISIONNEL DE LA MISE EN PLACE D'UMS

En résumé, avant de décider de mettre en place une UMS, nous devons nous poser huit questions (le texte suivant est tiré de *Guerre et santé publique*¹⁵ – Manuel pour l'aide aux prises de décisions, avec nos commentaires en italique).

1. **Que se passe-t-il ?**

Les informations brutes qui nous parviennent lors d'une catastrophe sont souvent imprécises, parfois contradictoires, certainement insuffisantes, pour décider si l'on doit entreprendre une action, et sous quelle forme. Il faut procéder à une évaluation initiale de la situation.

Les unités mobiles de santé ne sont pas une stratégie d'évaluation, car celle-ci génère trop d'attentes de la part de la population.

Il est important de bien connaître les différents acteurs impliqués : ceux-ci rendront possible l'application des modes d'action autres que le mode substitutif.

2. **Qu'est-ce qui est important ? Savoir**

L'évaluation initiale va mettre en évidence un ensemble de problèmes, certains plus importants que d'autres : identification des problèmes prioritaires.

Au niveau des différents partenaires, acteurs et responsables, il faut renouveler les trois questions du Savoir, du Pouvoir et du Vouloir.

On recherchera/calculera les taux de mortalité et de morbidité et on essaiera d'en identifier les causes.

3. **Que peut-on faire ? Pouvoir**

La mise en évidence de problèmes prioritaires ne signifie pas pour autant que l'on peut les résoudre. La notion de contrainte intervient à ce niveau pour aider à établir les priorités de l'action.

Une bonne étude des forces et des faiblesses, des opportunités et des menaces est nécessaire (SWOT analysis).

Choix de la population cible : déplacés, enfants de moins de 5 ans... ?

La contrainte principale pouvant mener aux unités mobiles de santé est le non-accès d'une population au système de santé (sécurité, destruction...).

Étude des contraintes en matière de ressources humaines et logistiques.

4. **Que veut-on faire ? Vouloir**

Pour décider de ce que l'on va faire, il faut se référer aux normes de santé publique et aux contraintes générées par la situation. Elles vont permettre de définir les limites de ce qu'il est réaliste de vouloir faire : détermination des objectifs.

La décision d'intervenir tient compte de l'analyse politique et de l'analyse sanitaire (précrise, crise aiguë, crise chronique ou transition).

Les taux de mortalité et morbidité sont connus par l'évaluation et les réduire est notre priorité.

5. **Comment va-t-on faire ?**

Pour atteindre un objectif, on peut choisir plusieurs types d'activité. Dans un premier temps, il faut définir toutes les activités possibles par rapport à un objectif spécifique, puis sélectionner celles que l'on va réaliser et dans quel ordre : détermination de la stratégie.

Au niveau de la délégation, le choix des modes d'action à employer est essentiel (mobilisation, soutien, substitution...).

La stratégie est une sélection d'activités et une combinaison des modes d'action permet d'agir à différents niveaux d'intervention, en s'appuyant sur les points forts et sur les opportunités offertes par l'environnement, et en tentant de minimiser les faiblesses et de neutraliser ou de contourner les obstacles externes, en vue d'atteindre des buts déterminés.

¹⁵ P. Perrin, *Guerre et santé publique – Manuel pour l'aide aux prises de décisions*, CICR, Genève, 1995 et D. Dufour, et al., *La chirurgie des blessés de guerre*, CICR, Genève, 2000.

Les UMS ont énormément de limites intrinsèques qu'il faut considérer. C'est ici que l'on combinera les questions 4 et 5 afin

- de déterminer les maladies concernées,
- que les activités prioritaires correspondent à ces pathologies,
- que la question des modes d'action à appliquer soit reposée pour chaque activité.

Nous devons répondre aux questions suivantes :

- N'y a-t-il pas d'autres stratégies applicables que l'UMS ?
- Combien de temps allons-nous appliquer cette stratégie ?
- Qu'allons-nous faire simultanément pour limiter cette stratégie dans le temps ?
- Sommes-nous dans le bon mode d'action? Ne sommes-nous pas trop substitutifs? (Pour l'action en général et pour chaque activité ?)

C'est à ce niveau-ci que l'approche intégrée doit être pensée, jusqu'à la détermination d'activités précises.

6. Avec quoi va-t-on le faire ? Qui va le faire?

La réalisation des activités sélectionnées va nécessiter la mise en œuvre de ressources (humaines, matérielles, financières...) : planification des ressources.

Celles-ci seront mobilisées en fonction des activités retenues (voir question 5). Elles peuvent être un facteur limitant (ressources humaines médicales et protection, nombre de personnes par véhicule, médicaments, chaîne du froid...).

7. Concrétisation

C'est le passage à l'action, à la concrétisation du processus décisionnel, à la réalisation des activités, qu'elles soient de mobilisation, de soutien ou de substitution.

8. Qu'a-t-on fait ?

L'évaluation de ce que l'on a fait ne concerne pas seulement la quantité des ressources utilisées, mais doit comprendre l'ensemble du processus de planification (qualité des services fournis, effets sur la santé des victimes, etc.) : monitorage/surveillance¹⁶.

¹⁶ Exemples sur www.qaproject.com, « Le nouveau paradigme ».

- ¹ Suhayda L, Riley MA, Roth L, McDonough K, Sparico A, Clement L. *Cancer screening in the community. Taking the show on the road.* Cancer Pract 1997; 5(2):105-110.
- ² Oboler SK, Blieden MA, Carter SA, Jahnigen DW, Luck TC, Mathew M et al. *A mobile internal medicine clinic.* Arch Intern Med 1983; 143(1):97-99.
- ³ Hutinger PL, McKee N. *The baby buggy: bringing services to handicapped rural children.* Child Today 1979; 8(1):2-5, 37.
- ⁴ King B. *Taking health care to the Maasai.* Afr Health 1992; 14(2):27, 30.
- ⁵ Imperato PJ, Sow O, Fofana B. *Mass campaigns and their comparative costs for nomadic and sedentary populations in Mali.* Trop Geogr Med 1973; 25(4):416-422.
- ⁶ *Medical services to the nomadic reindeer herders.* Bilibino district. Alaska Med 1991; 33(1):17.
- ⁷ Lebedev A, Chernuha A, Abrjutina L. *Organization and perspectives of development of mobile health care in Chukotka.* Arctic Med Res 1991; Suppl:70.
- ⁸ Rudolph MJ, Chikte UM, Lewis HA. *A mobile dental system in southern Africa.* J Public Health Dent 1992; 52(2):59-63.
- ⁹ Suhayda L, Riley MA, Roth L, McDonough K, Sparico A, Clement L. *Cancer screening in the community. Taking the show on the road.* Cancer Pract 1997; 5(2):105-110.
- ¹⁰ Hodges AM, Hodges SC. *A rural cleft project in Uganda.* Br J Plast Surg 2000; 53(1):7-11.
- ¹¹ Kumar A, Sirumban P, Durgambal K, Kalaivani S. *Operational efficiency of leprosy clinics: a time-motion study.* Lepr Rev 1987; 58(3):239-247.
- ¹² Ettlign MB, Thimasarn K, Krachaiklin S, Bualombai P. *Malaria clinics in Mae Sot, Thailand: factors affecting clinic attendance.* Southeast Asian J Trop Med Public Health 1989; 20(3):331-340.
- ¹³ Dean M. *Lessons from the East African bush.* Lancet 1991; 338(8759):106-107.
- ¹⁴ Dolan WV. *Elective surgery in a rural primary medical care program in the Central Amazon Valley.* JAMA 1984; 251(4):498-501.
- ¹⁵ Pepin J, Guern C, Milord F, Bokelo M. *[Integration of African human trypanosomiasis control in a network of multipurpose health centers].* Bull World Health Organ 1989; 67(3):301-308.
- ¹⁶ Cotton MH. *Five years as a flying surgeon in Zimbabwe.* World J Surg 1996; 20(8):1127-1130.
- ¹⁷ Ascunce N, del Moral A, Murillo A, Alfaro C, Apesteguia L, Ros J et al. *Early detection programme for breast cancer in Navarra, Spain.* Eur J Cancer Prev 1994; 3 Suppl 1:41-48.
- ¹⁸ Edouard L, Eberts L, Baldwin J. *A population-based screening mammography program in Saskatchewan.* Am J Public Health 1994; 84(6):1030-1031.
- ¹⁹ Falshaw ME, Fenton C, Parsons L, Robson J. *Improving the uptake of breast screening: one initiative in east London.* Public Health 1996; 110(5):305-306.
- ²⁰ Kettlehake J, Malott JC. *Mobile screening mammography for the corporate customer.* Radiol Manage 1988; 10(2):34-38.