

CLASSIFICATION ET NORMES MINIMALES CONCERNANT LES ÉQUIPES MÉDICALES D'URGENCE



CLASSIFICATION ET NORMES
MINIMALES CONCERNANT LES
ÉQUIPES MÉDICALES D'URGENCE

Classification et normes minimales concernant les équipes médicales d'urgence [Classification and minimum standards for emergency medical teams]

ISBN (OMS) 978-92-4-005700-5 (version électronique)

ISBN (OMS) 978-92-4-005701-2 (version imprimée)

© Organisation mondiale de la Santé 2022

Certains droits réservés. La présente œuvre est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.fr>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation du logo de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non-responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle (<https://www.wipo.int/amc/fr/mediation/rules/index.html>).

Citation suggérée. Classification et normes minimales concernant les équipes médicales d'urgence [Classification and minimum standards for emergency medical teams]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2022. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/?locale-attribute=fr&>.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <https://www.who.int/fr/copyright>

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non-responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'OMS a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue pour responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Table des matières

| | |
|--|-----------|
| AVANT-PROPOS | ix |
| REMERCIEMENTS | x |
| ACRONYMES | xi |
| INTRODUCTION | xiii |
| 1. L'INITIATIVE DES EMT | 1 |
| 1.1 Introduction | 1 |
| 1.2 Gouvernance de l'initiative des EMT | 5 |
| 1.3 Réseau des EMT | 6 |
| 1.4 La classification mondiale | 7 |
| 1.5 Mécanismes de soutien à la riposte aux situations d'urgence du gouvernement et du ministère de la santé du pays concerné | 9 |
| 2. PRINCIPES DIRECTEURS ET NORMES FONDAMENTALES | 10 |
| 2.1 Introduction | 10 |
| 2.2 Principes directeurs | 10 |
| 3. TYPOLOGIE | 14 |
| 3.1 Introduction | 14 |
| 3.2 Terminologie relative aux EMT | 15 |
| 3.3 Typologie des EMT | 17 |
| 3.3.1 Rapidité, chronologie et durée du déploiement | 19 |
| 4. COORDINATION ET RENFORCEMENT DES CAPACITÉS | 21 |
| 4.1 Introduction | 21 |
| 4.2 Renforcement des capacités des EMT | 22 |
| 4.2.1 Gestion des catastrophes nationales, et préparation et riposte aux situations d'urgence sanitaire | 22 |
| 4.2.2 Adoption des principes des EMT | 23 |
| 4.2.3 Investissement dans les capacités des EMT nationales : systèmes, personnel, fournitures et équipements, structure et espaces | 23 |
| 4.3 Rôle de l'OMS dans l'appui aux autorités sanitaires nationales (ministères de la santé) | 26 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 4.3.1 | Méthodes d'amplification des demandes d'assistance internationale des États Membres, respect de la souveraineté | 26 |
| 4.3.2 | Centre d'accueil et de départ | 26 |
| 4.4 | Activation des EMT | 27 |
| 4.5 | Coordination des EMT | 29 |
| 4.5.1 | Coordination des opérations au sein de la structure de gestion des incidents | 29 |
| 4.5.2 | Modèles de coordination | 30 |
| 4.5.3 | Canaux de coordination supplémentaires | 30 |
| 4.6 | Suivi et préparation de rapports au cours du déploiement | 31 |
| 5. | NORMES TECHNIQUES POUR LES SOINS CLINIQUES | 33 |
| 5.1 | Introduction | 33 |
| 5.1.1 | Triage | 36 |
| 5.1.2 | Évaluation, réanimation et stabilisation | 37 |
| 5.1.3 | Orientations et transferts | 38 |
| 5.1.4 | Gestion des unités d'hospitalisation | 39 |
| 5.1.5 | Traitement des plaies | 40 |
| 5.1.6 | Traitement des brûlures | 41 |
| 5.1.7 | Fractures et blessures au niveau des membres | 43 |
| 5.1.8 | Lésions de la moelle épinière | 44 |
| 5.1.9 | Maladies transmissibles | 45 |
| 5.1.10 | Maladies non transmissibles | 47 |
| 5.1.11 | Santé reproductive, et santé de la mère et du nouveau-né | 48 |
| 5.1.12 | Santé de l'enfant | 51 |
| 5.1.13 | Analgésie et anesthésie | 53 |
| 5.1.14 | Soins intensifs | 55 |
| 5.1.15 | Prise en charge chirurgicale et périopératoire | 56 |
| 5.1.16 | Malnutrition | 59 |
| 5.1.17 | Soins palliatifs | 61 |
| 5.1.18 | Rééducation et réadaptation | 62 |
| 5.1.19 | Santé mentale et bien-être psychosocial | 64 |
| 5.1.20 | Services de transfusion | 66 |
| 5.1.21 | Services de laboratoire | 68 |
| 5.1.22 | Imagerie médicale et comptes-rendus | 69 |
| 5.1.23 | Pharmacie clinique | 71 |
| 5.1.24 | Stérilisation | 73 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 5.1.25 | Lutte anti-infectieuse | 75 |
| 5.1.26 | Promotion de la santé et engagement de la communauté | 76 |
| 5.1.27 | Toxicologie concernant les matières chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires, et toxicologie | 77 |
| 6. | NORMES TECHNIQUES DE SOUTIEN OPÉRATIONNEL | 78 |
| 6.1 | Introduction | 78 |
| 6.2 | Normes techniques de soutien opérationnel (logistique) | 78 |
| 6.2.1 | Électricité et carburant | 79 |
| 6.2.2 | Communications | 81 |
| 6.2.3 | Transport et parc de véhicules | 82 |
| 6.2.4 | Nourriture | 84 |
| 6.2.5 | Gestion des stocks | 85 |
| 6.2.6 | Chaîne d’approvisionnement de la pharmacie et gestion des stocks de produits médicaux | 87 |
| 6.2.7 | Gestion des dons | 89 |
| 6.2.8 | Sûreté et sécurité | 90 |
| 6.2.9 | Conception, environnement et ventilation de la structure | 92 |
| 6.2.10 | Mobilisation | 94 |
| 6.2.11 | Évaluation du site et planification | 96 |
| 6.2.12 | Construction séquentielle | 97 |
| 6.2.13 | Démobilisation | 98 |
| 6.3 | Normes techniques de soutien opérationnel (WASH) | 100 |
| 6.3.1 | Approvisionnement en eau | 101 |
| 6.3.2 | Hygiène | 103 |
| 6.3.3 | Nettoyage de l’environnement | 105 |
| 6.3.4 | Gestion des déchets provenant des activités de soins | 107 |
| 6.3.5 | Assainissement | 109 |
| 6.3.6 | Lutte contre les vecteurs et les nuisibles | 111 |
| 6.3.7 | Prise en charge des cadavres | 113 |
| | ANNEXE 1. Structure de gouvernance des EMT – attributions | 115 |
| | ANNEXE 2. La classification mondiale | 117 |
| | ANNEXE 3. Principes directeurs | 120 |
| | ANNEXE 4. Liste de contrôle des normes de base | 122 |
| | ANNEXE 5. Types d’équipes de soins spécialisés | 132 |
| | ANNEXE 6. Hypothèses et calculs concernant le soutien opérationnel | 141 |

Avant-propos

Au cours des dernières décennies, de nombreux cas d'urgences majeures ont eu un profond impact sur la vie de millions de personnes dans le monde. La pandémie de COVID-19 a fait des ravages dont personne ne peut mesurer l'ampleur, même si les pays ont réagi et ont été affectés de manières différentes. Les mécanismes permettant de mobiliser les moyens nécessaires afin d'assurer la prestation de soins ont été activés, les agents de santé jouant un rôle clé dans ces circonstances exceptionnelles. Cela a permis de souligner l'importance du renforcement de la formation et de la normalisation des mesures de santé publique et de l'assistance médicale pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence, et que cela doit constituer une priorité de premier plan aux niveaux national, régional et mondial.

La révision du Livre bleu n'aurait pas pu tomber à un meilleur moment. Elle a été préparée en tenant compte des enseignements tirés depuis le lancement de l'initiative des Équipes médicales d'urgence, et accorde une importance et une priorité accrues au renforcement des capacités nationales ainsi qu'à la mobilisation des capacités internationales en cas de besoin. Cette publication propose des orientations utiles aux États Membres, aux ministères de la santé et aux organisations non gouvernementales qui fournissent une aide d'urgence. Les Équipes médicales d'urgence provenant des pays touchés constituent la meilleure option pour riposter de manière immédiate et appropriée aux urgences qui touchent directement les populations, alors que les équipes internationales peuvent apporter une aide aux systèmes de santé débordés. L'efficacité et l'efficacités des pays et des autorités locales à mobiliser les ressources existantes sont fonction de la qualité des soins qu'ils sont en mesure de fournir.

Cette publication constitue un guide pratique pour les équipes et vise à renforcer les systèmes d'intervention d'urgence, en favorisant une collaboration harmonieuse entre les différents acteurs et réseaux œuvrant dans ce domaine. Je suis impatient de voir, au cours des prochaines années, une augmentation du nombre d'Équipes médicales d'urgence nationales et internationales qui répondront à ces normes et continueront à être des éléments essentiels de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence dans les pays en vue de sauver des vies, d'améliorer la santé et de venir en aide aux personnes les plus vulnérables dans le besoin.



Dr Michael J. Ryan
Directeur exécutif
Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire

Remerciements

Ce livre est le résultat d'un long processus ayant impliqué de nombreux experts en matière d'EMT et d'intervention d'urgence, qui ont joué de multiples rôles et participé à différentes étapes de sa production. Nous remercions tout particulièrement les auteurs des différents chapitres ainsi que les experts qui ont participé aux groupes de travail afin d'en définir le contenu et la structure.

L'OMS exprime sa sincère gratitude à l'ensemble des personnes, des organisations et des organismes professionnels qui ont contribué à l'élaboration de cet ouvrage en accomplissant un important travail préparatoire, en apportant leur soutien, en procédant à un examen continu, en délimitant la portée de l'ouvrage, en faisant part de leurs retours d'information, en fournissant une assistance et en donnant des conseils techniques. Nous sommes extrêmement reconnaissants à l'ensemble de la communauté des EMT pour leur contribution et leurs commentaires précieux tout au long des différentes consultations.

Nous tenons à remercier tout particulièrement les organisations et organismes professionnels suivants qui ont apporté leur contribution : les régions et pays de l'OMS ; l'Agence de secours aux sinistrés du Japon (JDR) ; l'Agence espagnole de coopération internationale pour le développement (AECID) ; l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE) ; le Bureau de la santé de la Région administrative spéciale de Macao (Chine) ; le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires (OCHA) ; la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), au Costa Rica ; le Centre des Opérations d'Urgence Sanitaire (COUS), au Sénégal ; le Département de la Santé des Philippines ; la Direction norvégienne de la santé ; la Direction suisse du développement et de la coopération (DDC) ; la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) ; le Groupe sectoriel mondial pour la santé ; Humanity & Inclusion (HI), au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord ; l'Institut de médecine de Katmandou ; l'Institut Karolinska, en Suède ; l'Institut Robert Koch, en Allemagne ; le Ministère de la santé de la Nouvelle-Zélande ; le Ministère de la santé du Panama ; le Ministère de la santé publique de l'Équateur ; le Ministère de la santé publique d'Israël ; le Ministère de la santé publique du Qatar ; Médecins sans Frontières (MSF) ; le National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC), en Australie ; le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) ; le Royal Medical Corps, en Jordanie ; et UK-EMT, au Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord.

Nous tenons à remercier les personnes suivantes pour leurs précieuses contributions : Walid Othman Abugalala, Samar Al- Mutawakel, Maite Ambros, Laura Archer, Allé Baba Dieng, Gloria Balboa, Thiem Balde, Cornelius Bartels, Charles Blanch, Didier Bompangue Nkoko, Nilesh Buddh, Martin Buet, Sean Casey, Jim Catampongan, Gino Claes, Chantal Claravall Larrucea, Zoe Clift, Alfonso Danac, Tim Das, Pat Drury, Jorge Durand, Hossam Elsharkawi, Nedret Emiroglu, Gustavo Fernandez, Ferdinal Fernando, Emma Fitzpatrick, Rachel Fletcher, Toni Frisch, Ann Fortin, Luis de la Fuente, Geert Gijs, Sabri Gmach, Maria Guevara, Olivier Hagon, Kai von Harbou, Nuran Higgins, Mónica Ingianna, Marie-Elisabeth Ingres, Saad Jaber, Hamid Khankeh, Mitsuya Kodama, Tatsuhiro Kubo, Camila Lajolo, Emma Brunette Lawrey, Chin Ion Lei, O Leong, Nicholas Lobel-Weiss, Virgil Lokossou, Esperanza Martinez, Jesse McLeay, Ofer Merin, Raveen Naidoo, Ian Norton, Nelson Olim, Steinar Olsen, Rich Parker, Gabriela Pazmino, Kobi Peleg, John Prawira, Tony Redmond, Sebastian Rhodes Stampa, Panu Saaristo, Jorge Salamanca, Milton Salazar, Flavio Salio, Andrés Sanz Millán, Narumol Sawanpanyalert, Christophe Schmachtel, Johann von Schreeb, Pete Skelton, Gerardo Solano, Anthony Stewart, Julia Stewart-David, Oleg Storozhenko, Virpi Teinila, Zaira Tkhokhova, Abigail Trewin, Lisiate Ulufonua, Nadine Vahedi, Pradeep Vaidya, Harald Veen, Kate White, Wojtek Wilk et Andreas Wladis.

L'élaboration et la publication de ce document ont été rendues possibles grâce au généreux soutien de la direction générale de la protection civile européenne et des opérations d'aide humanitaire (DG ECHO), de l'Agence espagnole de coopération internationale au développement (AECID) en Espagne et du Bureau de la santé de la RAS de Macao (Chine). Nous sommes reconnaissants de l'aide en nature du Foreign, Commonwealth and Development Office (FCDO), au Royaume-Uni, et du National Critical Care and Trauma Response Centre (NCCTRC), en Australie.

Soutien programmatique et administratif : Marina Appiah, Tsira Gabedava et Nicole Sarkis.

Acronymes

| | |
|-------------------|--|
| CO2 | dioxyde de carbone |
| EMT* | Emergency Medical Teams |
| EPI | équipement de protection individuelle |
| GCS | Groupe consultatif stratégique |
| IEC | information, éducation et communication |
| OMS | Organisation mondiale de la Santé |
| ONG | organisation non gouvernementale |
| RSI (2005) | Règlement sanitaire international (2005) |
| VIH | virus de l'immunodéficience humaine |
| WASH | eau, assainissement et hygiène (en anglais, water, sanitation and hygiene) |

*Bien que la traduction de « Emergency Medical Teams » soit « équipes médicales d'urgence », nous faisons référence à l'acronyme EMT dans tout le document, car il s'agit d'un terme largement connu, utilisé et accepté dans toutes les régions du monde



Introduction

Depuis la publication en 2013 du document *Classification and Minimum Standards for Foreign Medical Teams in Sudden Onset Disasters* (Classification et normes minimales pour les équipes médicales d'origine étrangère lors de catastrophes soudaines), des progrès importants ont été réalisés pour établir une approche normalisée concernant les Équipes médicales d'urgence (EMT).

Avant cela, les organisations déployaient des équipes médicales en utilisant des noms, des termes et des moyens d'action opérationnels ou techniques différents. Les pays bénéficiaires se voyaient donc proposer des équipes avec des capacités différentes, ce qui rendait difficiles leurs décisions d'accepter ou de refuser ces propositions ainsi que la répartition de ces équipes sur le terrain. Aujourd'hui, les pays qui reçoivent des EMT sont assurés que les membres de la communauté mondiale des EMT utilisent « le même langage » pour décrire les services qu'ils proposent.

La présente édition du document Classification et normes minimales concernant les Équipes médicales d'urgence reprend ces acquis, élargit leur typologie, ainsi que les capacités et les moyens d'action des EMT en intégrant de nouveaux domaines, affine les principes directeurs et les normes fondamentales s'appliquant aux EMT, et définit un cadre plus structuré englobant les différentes normes techniques relatives aux soins cliniques et aux services de soutien que doivent assurer les EMT. Enfin, elle exploite aussi les connaissances et l'expérience des intervenants et du réseau des EMT, ainsi que les enseignements retenus.

Son but est de présenter clairement les principes directeurs et les normes que doivent respecter les EMT pour fournir aux patients des soins de qualité. Elle est également conçue comme un document d'orientation pratique et didactique à l'intention des États Membres, des ministères de la santé, des EMT au niveau national et international et des autres acteurs clés qui souhaitent renforcer ces capacités et mieux en connaître les critères. Il est complété par des informations et des documents d'orientation technique disponibles à partir du portail de connaissances sur les EMT.¹

Les capacités et les moyens d'action de base étant différents d'un système de santé à un autre, les normes techniques (chapitres 5 et 6) comprennent les conditions minimales à respecter par l'ensemble des EMT ainsi que des recommandations en fonction du contexte et des décisions prises par chaque EMT, à l'exception des recommandations marquées du symbole ⚠ qui s'appliquent aux déploiements au niveau international. Dans chaque sous-chapitre, le niveau de détail dépend des éléments de preuve disponibles et des meilleures pratiques concernant la dispensation de soins de qualité par les EMT, en veillant à ce que les clarifications demandées par la communauté des EMT au sens large soient bien apportées.

¹ Portail OMS de connaissances sur les EMT : <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>.

Méthodologie des EMT

Chapitre 1: L'initiative des EMT

Chapitre 2: Principes directeurs
et normes fondamentales

Chapitre 3: Typologie

1 L'initiative des EMT

1.1 Introduction

En 2010, les enseignements tirés des interventions sanitaires menées en Haïti² et l'examen d'une réunion d'experts *Foreign Field Hospitals in the Aftermath of Sudden-Impact Disasters* (hôpitaux de campagne étrangers mis en place à la suite de catastrophes à impact soudain)³ organisée la même année par l'Organisation panaméricaine de la santé ont permis de jeter les bases de l'élaboration de principes, de critères et de normes pour les équipes médicales venues de l'étranger. Ce travail a été le point de départ de la publication du document intitulé *Classification and minimum standards for Foreign Medical Teams in sudden onset disasters* (Classification et normes minimales pour les équipes médicales d'origine étrangère lors de catastrophes soudaines), qui a conduit à la création de l'initiative des EMT. Ce système de classification a été utilisé pour la première fois en 2013 lors du typhon Haiyan aux Philippines.

Cette initiative a également été établie en conformité avec le Règlement sanitaire international (2005), connu sous le nom de RSI (2005), qui exige des États Membres qu'ils se dotent de certaines capacités minimales en matière de santé publique afin d'être en mesure « de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer les événements » et « de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale ». L'outil d'évaluation externe conjointe, publié en février 2016, est un processus volontaire qui aide les États Membres à évaluer les progrès réalisés en vue de se doter des capacités essentielles requises par le RSI (2005). Parmi les nombreux aspects évalués par l'ECC ont été inclus les moyens médicaux et les processus des cibles de déploiement du personnel à suivre pour l'envoi et la réception de moyens médicaux et des personnels de santé publique et médical envoyés par les partenaires internationaux lors des urgences de santé publique, ainsi que la prise en charge des cas de dangers relevant du RSI (2005).

Depuis peu, la Résolution EB 146.R10⁴ engage les États Membres, les organisations d'intégration économique régionale, les partenaires internationaux, régionaux et nationaux, les donateurs et les partenaires à renforcer le rôle des personnels de santé locaux. La résolution appelle également à la mise en place d'EMT efficaces et hautement performantes, selon qu'il conviendra, aux niveaux infranational, national et régional, conformément à la classification et aux normes minimales de l'OMS.

Il est également important qu'un accès à des services de santé de qualité sans risquer d'engendrer des difficultés financières soit maintenu en cas d'urgence sanitaire.

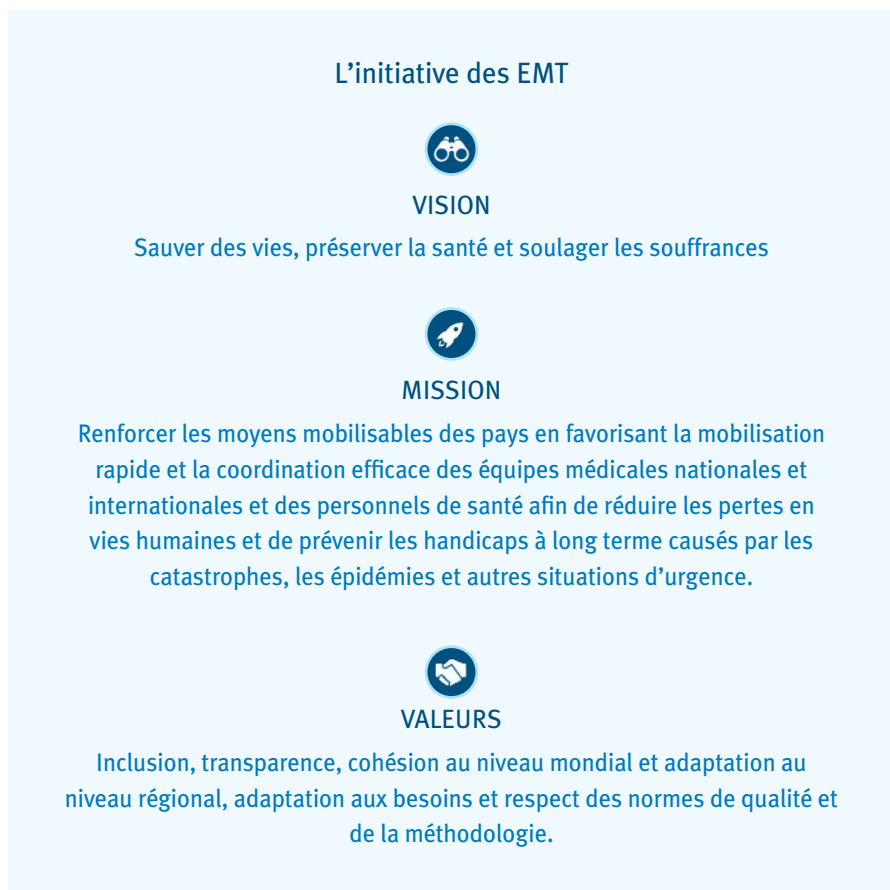
² https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=1626:health-response-to-the-earthquake-in-haiti-january-2010&Itemid=924&lang=en

³ https://www.paho.org/disasters/index.php?option=com_content&view=article&id=674:pahowho-guidelines-for-the-use-of-foreign-field-hospitals&Itemid=924&lang=en

⁴ Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005); 2020; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_R10-fr.pdf

Les services de santé fournis lors de la riposte à une situation d'urgence doivent être sûrs, axés sur la personne, disponibles dans les meilleurs délais, équitables, intégrés et efficaces. L'initiative des EMT favorise le déploiement d'équipes et la création des structures et des processus nécessaires pour fournir des services de santé de qualité dans les pays hôtes. L'adoption de la méthodologie des EMT peut avoir un impact positif sur la qualité clinique des soins fournis, en améliorant la coordination et les résultats sanitaires pour la population desservie.

Figure 1. Mission, vision et valeurs de l'initiative des EMT



Les objectifs clés et les principaux catalyseurs sont décrits dans la Figure 2 ci-dessous.

Figure 2. Objectifs clés et principaux catalyseurs de l'initiative des EMT

OBJECTIFS CLÉS DE L'INITIATIVE DES EMT



Les EMT sont définies comme des groupes de professionnels de la santé, comprenant des médecins, des infirmier(ère)s, des auxiliaires médicaux, des agents de soutien et des logisticiens, qui traitent les patients victimes d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe. Elles sont issues des gouvernements, d'organisations caritatives ou d'organisations non gouvernementales (ONG), de l'armée, de la protection civile, de réseaux humanitaires internationaux, notamment du Mouvement international de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et de Médecins sans frontières (MSF), d'équipes sous contrat avec les Nations unies et du secteur privé à but lucratif. Elles travaillent conformément à des normes minimales convenues par la communauté des EMT et par ses partenaires, et sont déployées avec une formation complète et totalement autosuffisante afin de ne pas alourdir un système national déjà sous tension.

Figure 3. Informations générales sur les EMT

Informations générales sur les EMT

Les EMT ont une longue expérience des ripostes en cas de catastrophes soudaines comme le tremblement de terre en Haïti, le tsunami dans l'océan Indien et les inondations au Pakistan. Dans le passé, les EMT se sont surtout focalisées sur la traumatologie et la chirurgie, mais l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (2014-2016) a montré qu'elles étaient également très utiles dans la lutte contre les épidémies et la riposte à d'autres formes d'urgences. Avec 58 équipes, la riposte à la maladie à virus Ebola a constitué le plus grand déploiement d'EMT pour une épidémie. Ce nombre était cependant bien faible en comparaison des 151 équipes déployées pour répondre au typhon Haiyan en novembre 2013 et de près de 300 équipes déployées en Haïti après le tremblement de terre de 2010.

Les conditions que les interventions sanitaires d'urgence doivent satisfaire sont plus nombreuses que celles requises en cas de catastrophes soudaines et pour traiter un grand nombre de traumatismes. Elles doivent inclure la capacité à soigner un large éventail de pathologies, des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles, ainsi que des équipes chargées de venir en aide aux populations affectées par des inondations, des conflits et des crises prolongées telles que les famines. Il est important de disposer de moyens cliniques mobilisables permettant de faire face à toutes les situations d'urgence ayant des conséquences sur la santé. Les EMT doivent également pouvoir jouer un rôle dans la remise en route ou le maintien des services de santé essentiels.

Les sections suivantes présentent une vue d'ensemble des éléments essentiels qui permettent à l'initiative des EMT de remplir sa mission : la structure de gouvernance ; le réseau ; la classification mondiale ; et les mécanismes de soutien aux gouvernements hôtes et aux ministères de la santé.

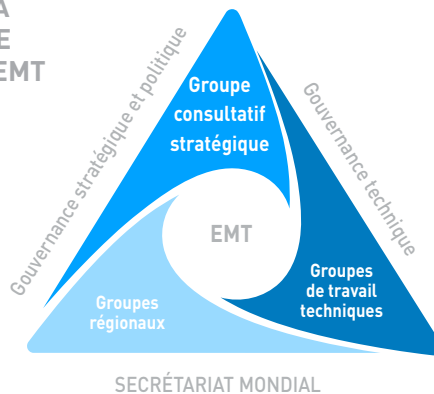
1.2 Gouvernance de l'initiative des EMT

La finalité de la gouvernance de l'initiative des EMT est la suivante :

- Définir une vision, une mission, des objectifs clés et des buts ;
- Articuler et coordonner la participation des différentes parties prenantes à différents niveaux afin de faire en sorte que leur participation et leur contribution soient constructives ; et
- Mettre en place des pratiques de management pour faciliter la réalisation des objectifs et évaluer les performances permettant d'y parvenir.⁵

Figure 4. Structure de la gouvernance de l'initiative des EMT

STRUCTURE DE LA GOVERNANCE DE L'INITIATIVE DES EMT



Le groupe consultatif stratégique contrôle les aspects politiques et stratégiques au niveau mondial, tandis que les groupes régionaux, représentant les six régions, orientent la mise en œuvre des objectifs de l'initiative des EMT au niveau régional. Les groupes de travail techniques sont chargés de la supervision technique pour combler les lacunes cliniques, opérationnelles et politiques identifiées par le groupe consultatif stratégique. L'initiative des EMT et ses organes de gouvernance sont appuyés par l'OMS qui assure le Secrétariat mondial des EMT, avec le soutien des bureaux régionaux. La structure de gouvernance constitue une plateforme permettant à ses membres de dialoguer et de s'accorder sur des voies communes à suivre aux niveaux stratégique, technique et opérationnel. Des informations sur la composition, les rôles et les responsabilités du groupe consultatif stratégique, des groupes régionaux, des groupes de travail techniques et du Secrétariat des EMT sont fournies à l'annexe 1.

⁵ Adapté de <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-systems-strengthening-glossary.pdf>

1.3 Réseau des EMT

Le réseau des EMT est une structure coopérative composée d'EMT gouvernementales et non gouvernementales qui se rassemblent autour d'un objectif commun (la mission, la vision et les valeurs de l'initiative des EMT) et se conforment à une méthodologie commune (principes directeurs, normes fondamentales/techniques et mécanismes de coordination) sur la base de la confiance et de la réciprocité.⁶

L'efficacité du réseau repose sur cinq caractéristiques essentielles : un objectif commun ; une structure coopérative ; une masse critique ; une intelligence collective ; et l'édification d'une communauté.⁴ Le Secrétariat des EMT assure la cohésion du réseau, en veillant à l'application des normes et de la méthodologie de coordination, en apportant son soutien aux organisations dans leur mise en œuvre, et en encourageant l'utilisation d'une plateforme de partage des connaissances et d'amélioration continue, sur la base de l'expérience acquise et des contributions de tous ses membres.

Le partage des connaissances a été essentiellement motivé par le besoin de disposer d'un outil pratique sur « Comment faire » auquel les équipes nationales et internationales pourraient se référer pour mieux interpréter, transposer et appliquer les normes fondamentales et techniques. Il se compose de toute une série de ressources, comprenant des documents publiés accessibles sur l'extranet des EMT,⁷ le partage de protocoles entre pairs et des interactions en ligne régulières au niveau régional ou mondial sur des sujets particuliers. En outre, différents centres collaborateurs de l'OMS apportent leur appui à l'élaboration de documents et mènent des travaux de recherche sur des sujets connexes qui seront utilisés par le réseau des EMT.

Le réseau des EMT constitue une ressource que les pays peuvent utiliser lorsqu'ils ont besoin de moyens mobilisables pour mettre en place une riposte en cas d'urgence sanitaire. Il favorise le partage des connaissances et des meilleures pratiques entre ses membres, aide les gouvernements à renforcer leurs capacités d'intervention en cas d'urgence, et met à disposition un groupe d'experts pour aider à l'élaboration de normes techniques.

⁶ Basé sur le document The Health Foundation, 2014 Effective Networks for Improvement. The Health Foundation: London; 2014. Disponible sur le site <https://www.health.org.uk/publications/effective-networks-for-improvement>

⁷ <https://extranet.who.int/emt/>

1.4 La classification mondiale

S'inspirant de l'expérience du Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage (INSARAG), le répertoire mondial des EMT classifiées propose aux pays les moyens d'action d'équipes potentielles, ce qui facilite l'acceptation des équipes et l'attribution des tâches par les décideurs du pays touché. La classification mondiale des EMT est un mécanisme d'évaluation externe par des pairs qui évalue la conformité des EMT aux principes directeurs et aux normes fondamentales et techniques convenus au niveau international ; ceux-ci sont décrits en détail aux chapitres 2, 5 et 6.

L'objectif principal est d'améliorer la qualité des soins et le professionnalisme lors du déploiement des EMT, ce qui profite aux populations desservies en garantissant que les EMT arrivent dans les meilleurs délais, sont correctement formées et sont intégrées au système de santé qui soigne habituellement leur famille. Le public cible de la classification mondiale des EMT est composé des équipes qui prévoient un déploiement au niveau international.

Une fois que ces équipes auront été approuvées lors de la visite de vérification, elles rejoindront le registre de l'OMS des équipes pouvant être déployées au niveau international.

Tout au long de ce processus, les EMT bénéficient du soutien de pairs extérieurs et de l'examen réalisé par des mentors qui jouent un rôle crucial en aidant les équipes à respecter les normes minimales internationales. L'ensemble du processus de classification mondiale, notamment la coordination, la gestion et les ressources, est supervisé par le Secrétariat des EMT. Il comprend huit étapes, présentées succinctement dans la Figure 5 ci-dessous. Des informations plus détaillées sont disponibles à l'annexe 2.

Figure 5. Le processus de classification mondiale en 8 étapes

VUE D'ENSEMBLE DE LA CLASSIFICATION MONDIALE

Les 8 étapes du processus



Les EMT déployées au niveau international ayant obtenu cette classification mondiale seront davantage susceptibles d'être sollicitées par les États Membres sinistrés et de bénéficier d'une procédure d'arrivée simplifiée.

L'initiative des EMT aidera les pays à concevoir et à mettre en œuvre un système national d'accréditation en adaptant les normes techniques au contexte et en se référant à celles-ci comme moyen d'évaluation de la conformité des EMT nationales aux normes minimales convenues. L'accréditation des EMT nationales est une décision souveraine de chaque État Membre.

1.5 Mécanismes de soutien à la riposte aux situations d'urgence du gouvernement et du ministère de la santé du pays concerné

Un axe de travail important de l'initiative des EMT est le renforcement des moyens mobilisables au niveau national à différents niveaux du système de santé. Il s'agit principalement de contribuer à l'objectif de développement durable 3.d, qui vise à renforcer les moyens dont disposent tous les pays, en particulier les pays en développement, en matière d'alerte rapide, de réduction des risques et de gestion des risques sanitaires nationaux et mondiaux. Ce domaine de l'initiative aide chaque pays à diriger une riposte face à une situation d'urgence et à en assurer la coordination grâce au déploiement rapide d'équipes nationales et internationales répondant à des normes de qualité minimales une fois les besoins identifiés.

Une liste des différents mécanismes de soutien proposés par l'initiative des EMT et leurs impacts potentiels sur les moyens mobilisables d'un pays est présentée dans le Tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1. Mécanismes de soutien de l'initiative des EMT pour les ministères de la santé des pays hôtes, et résultats potentiels

| L'initiative des EMT permet aux pays : | Résultats potentiels |
|--|---|
| D'améliorer leur capacité nationale à répondre à leurs propres situations d'urgence et à aider d'autres pays | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité des soins pour une population confrontée à une situation d'urgence. • Les EMT nationales ont la capacité d'intervenir à l'échelle nationale et internationale, ce qui permettra de mettre en place une riposte rapide, offrant un rapport coût/efficacité intéressant et appropriée aux situations d'urgence sanitaire. |
| D'accepter et d'utiliser les EMT dans les meilleurs délais et de manière coordonnée | <ul style="list-style-type: none"> • Les systèmes de santé des pays sont dotés des capacités nécessaires pour piloter l'activation et la coordination de la riposte des équipes d'urgence nationales et internationales sur la base d'une méthodologie convenue par l'ensemble des parties prenantes. • Les donateurs peuvent escompter que les équipes qu'ils soutiennent satisfont à une norme minimale internationale et travaillent dans le cadre d'un système de riposte coordonné au niveau mondial. coordinated response system. |
| D'élaborer un mécanisme d'évaluation pour leurs EMT nationales | <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de la qualité, du professionnalisme et de la responsabilisation de la riposte. • Création d'un registre national des EMT nationales prêtes à intervenir en cas d'urgence sanitaire, avec des capacités et des moyens d'action connus. |

2 Principes directeurs et normes fondamentales

2.1 Introduction

Les principes directeurs et les normes fondamentales sont un ensemble de principes et de normes convenus qui s'appliquent à toutes les EMT, y compris aux équipes de soins spécialisés, quel que soit leur type ou qu'elles soient déployées au niveau national ou international.

2.2 Principes directeurs

Les principes directeurs permettent d'orienter la qualité des soins qui régit les pratiques des EMT et de leurs membres. Les principes directeurs respectent et sont alignés sur les principes humanitaires d'humanité, de neutralité, d'impartialité et d'indépendance opérationnelle. Les EMT sont tenues de reconnaître et de respecter la souveraineté nationale et de ne pas utiliser à mauvais escient les mécanismes de politique et de coordination imposés par le pays concerné et par les autorités sanitaires désignées, ou de refuser d'y prendre part. Les six principes directeurs sont représentés dans le diagramme de la Figure 6 ci-dessous. Une description détaillée de chaque principe directeur se trouve à l'annexe 3.

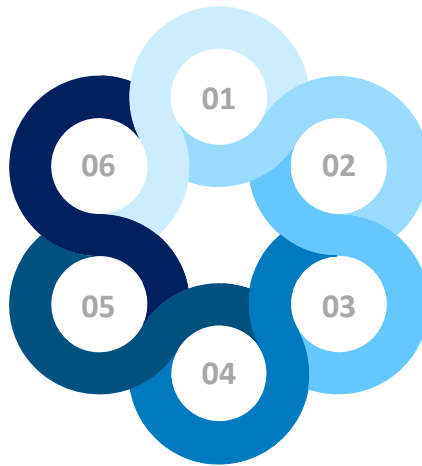
© DSB, The Norwegian Directorate for Civil Protection



Figure 6. Principes directeurs des EMT

PRINCIPES DIRECTEURS DES EMT

Les principes directeurs traduisent de manière concrète l'engagement d'une EMT à chercher à dispenser des soins de qualité et s'appliquent à toutes les EMT, quel que soit leur type.



01 SOINS SANS RISQUE

Éviter de causer des préjudices inutiles aux patients par les soins qui étaient censés les aider.

02 SOINS ÉQUITABLES

Tous les groupes de la population concernée par la situation d'urgence, en particulier les personnes vulnérables et celles qui ont besoin de protection, bénéficient d'un accès égal aux soins.

03 SOINS ÉTHIQUES

Les patients sont toujours pris en charge d'une manière conforme à l'éthique médicale, et les soins prodigués sont fondés sur des données probantes scientifiques.

04 RIPOSTE RESPONSABLE

Engagement à rendre des comptes aux patients et aux communautés, aux pays hôtes, aux ministères de la santé, à leurs organisations et aux donateurs.

05 RIPOSTE APPROPRIÉE

Riposte axée sur les besoins en fonction du contexte et du type d'urgence, et respectueuse des valeurs et des croyances de la communauté.

06 RIPOSTE COORDONNÉE

Riposte coordonnée sous la direction des autorités nationales de gestion des situations d'urgence sanitaire et à tous les niveaux du système de santé pour assurer la continuité des soins. Collaboration avec le système de santé national, les autres EMT, et la communauté internationale assurant la riposte humanitaire, lorsque cela s'avère pertinent.

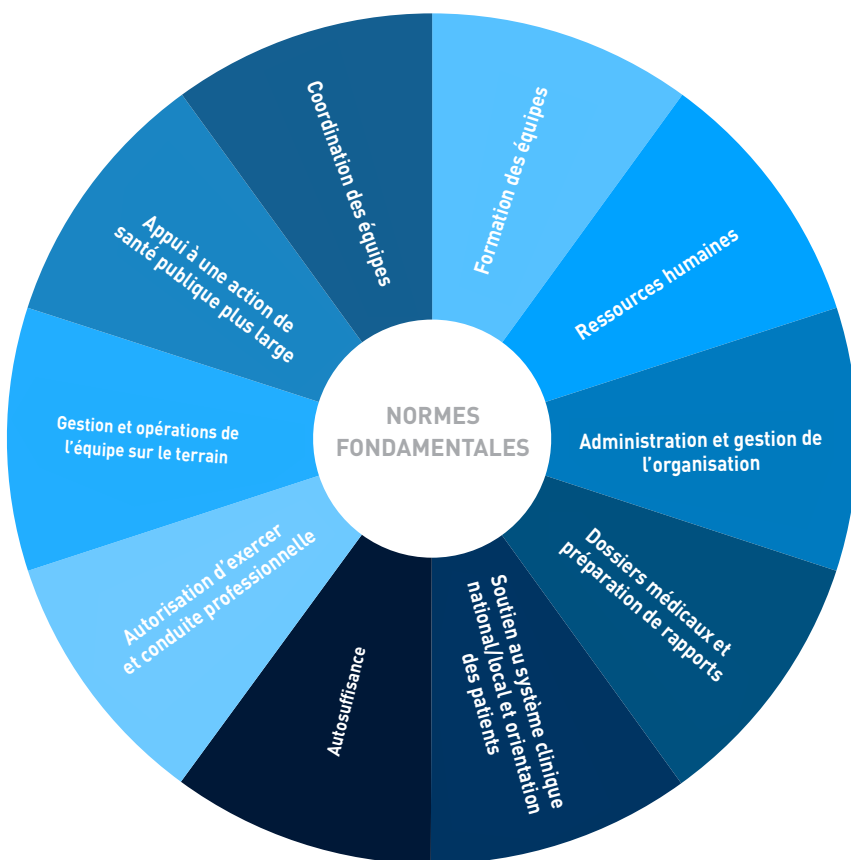
Normes fondamentales

Les normes fondamentales pour les EMT définissent un ensemble de domaines généraux et de processus clés à mettre en place pour que les EMT disposent des capacités et des moyens d'action opérationnels et professionnels appropriés leur permettant de fournir des soins de qualité à la population qu'ils servent, tout en assurant la protection de leur personnel et en évitant de constituer une charge pour le pays hôte.

Figure 7. Normes fondamentales pour les EMT

NORMES FONDAMENTALES POUR LES EMT

Les normes fondamentales pour les EMT fixent la direction à suivre par les EMT en vue de fournir des soins de qualité et sont valables pour toutes les EMT, quel que soit leur type.



COORDINATION DES ÉQUIPES

Les organisations des EMT acceptent de faire partie d'une riposte coordonnée utilisant les mécanismes nationaux (et internationaux, lorsque cela est pertinent) convenus pour offrir un soutien à la zone touchée, de se déployer uniquement si elles sont acceptées, de s'enregistrer à leur arrivée et de continuer à agir de manière coordonnée sur le terrain tout au long de leur déploiement.

RESSOURCES HUMAINES

Mécanisme permettant de s'assurer que le personnel est recruté, sélectionné et facilement mobilisable. Le personnel bénéficie d'un accès à des mesures de prévention pour diminuer le risque de tomber malade au cours du déploiement. Des arrangements sont prévus pour prendre en charge les membres de l'équipe durant son déploiement et pour assurer une évacuation et un suivi après traitement si cela s'avère nécessaire. Des politiques efficaces de gestion des ressources humaines sont en place pour favoriser la protection des personnes vulnérables.

DOSSIERS MÉDICAUX ET PRÉPARATION DE RAPPORTS

Les EMT conserveront les dossiers des patients en respectant le principe de confidentialité, et en mettant une copie à la disposition du patient. Elles établiront des rapports régulièrement et avant leur départ à l'intention des autorités locales compétentes en utilisant les formulaires de rapport nationaux ou, à défaut, l'ensemble de données minimum convenu par les EMT. Les équipes s'engagent à ne pas mener de travaux de recherche sans le consentement approprié des patients et l'approbation du comité d'éthique délivrée par les autorités nationales.

AUTOSUFFISANCE

Les EMT doivent être autosuffisantes, soit en assurant leur approvisionnement direct, soit en ayant recours à une organisation locale de soutien, sans porter atteinte à la capacité de riposte de la communauté locale.

GESTION ET OPÉRATIONS DE L'ÉQUIPE SUR LE TERRAIN

Gestion au jour le jour des opérations pendant le déploiement, notamment la gestion de sa propre sûreté et sécurité, la gestion des incidents critiques et la communication avec les autorités locales compétentes et les médias.

FORMATION DES ÉQUIPES

Un programme de formation et d'apprentissage est disponible, soit organisé directement par l'EMT, soit confié à des prestataires de formation. Le programme prend en compte les acquis, et renforce les connaissances de manière séquentielle. Un système de parcours d'apprentissage et de perfectionnement est en place pour identifier et encadrer les personnes ayant le potentiel pour devenir des responsables techniques ou des responsables d'équipe capables d'assumer des tâches de plus en plus complexes et de progresser en ancienneté dans leur fonction.

ADMINISTRATION ET GESTION DE L'ORGANISATION

Systèmes d'administration et de gestion qui permettent aux EMT de déployer des équipes rapidement et en toute sécurité, et de fournir un soutien au bureau central depuis leur base d'origine tout au long des missions.

SOUTIEN AU SYSTÈME CLINIQUE NATIONAL/LOCAL ET ORIENTATION DES PATIENTS

Apporter un soutien au système de santé sinistré, participer à la chaîne d'orientation des patients, et proposer d'accepter des patients d'autres établissements de santé ou d'autres EMT, et/ou d'orienter des patients vers d'autres établissements de santé ou d'autres EMT.

AUTORISATION D'EXERCER ET CONDUITE PROFESSIONNELLE

Des systèmes sont en place pour faire en sorte que tous les membres du personnel aient reçu une habilitation pour les activités qu'ils exerceront au cours de leur déploiement. Les EMT ont la capacité d'accepter les réclamations, de mener les enquêtes connexes et de remédier à leurs conséquences. Toutes les équipes internationales doivent disposer d'une couverture d'indemnité médicale pour l'ensemble de leur personnel clinique. Les équipes nationales doivent disposer d'une couverture adaptée à leur contexte.

APPUI À UNE ACTION DE SANTÉ PUBLIQUE PLUS LARGE

Transmission de rapports au système national de surveillance et d'alerte rapide concernant les maladies, adoption des pratiques appropriées de lutte contre les infections, et contribution à la diffusion de messages de santé publique à l'aide de matériels et de méthodes approuvés localement et adaptés à la culture et au contexte.

3 Typologie

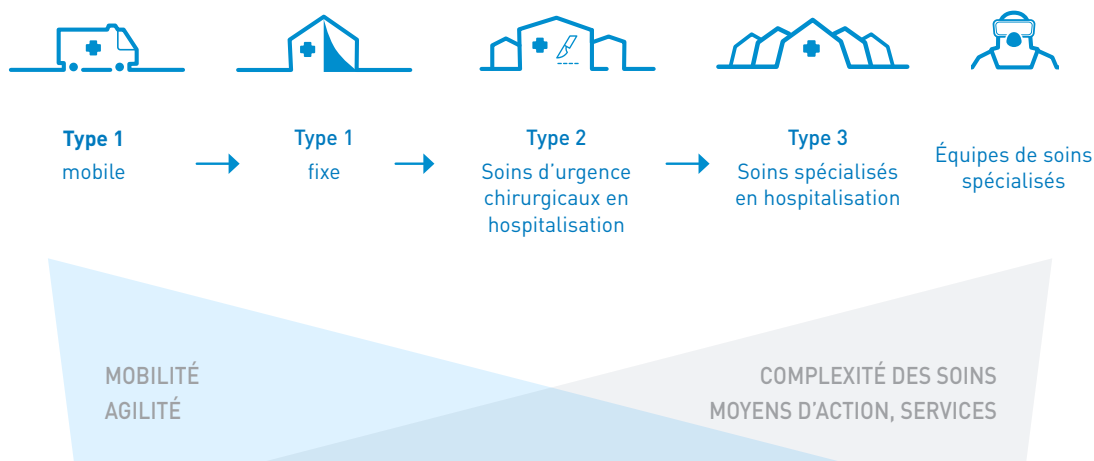
3.1 Introduction

Le fait d'opérer dans des environnements complexes est source de difficultés et nécessite de faire preuve de souplesse et d'adaptabilité.

Les EMT peuvent être déployées en tant qu'entités entières (normalisées) ou séparées (en modules) pour répondre à des besoins de montée en puissance dans des domaines particuliers, en fonction des besoins et des lacunes identifiés en termes de capacités et de moyens d'action.

Les EMT peuvent être divisées en quatre types selon leur mobilité et le niveau de soins fournis. Le graphique ci-dessous montre l'équilibre entre la mobilité et le niveau de soins qui caractérisent chacun des différents types d'EMT.

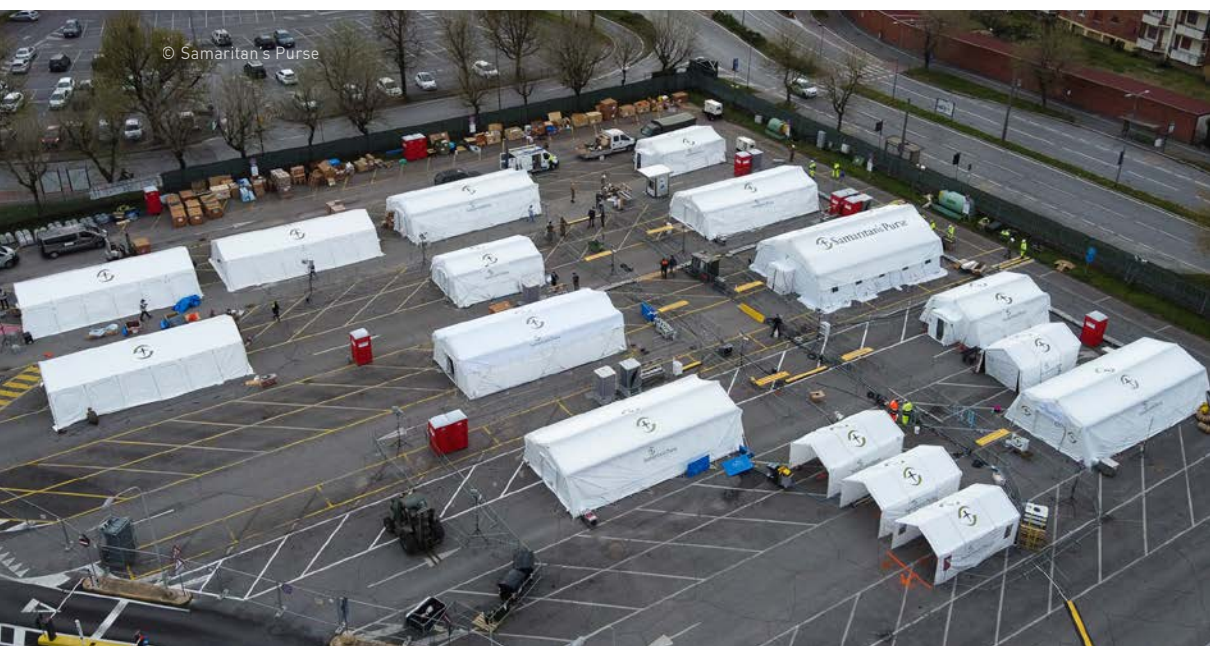
Figure 8. Typologie des EMT : relation entre la mobilité/l'agilité et la complexité des soins, des moyens d'action et des services



3.2 Terminologie relative aux EMT

Tableau 2. Terminologie relative aux EMT

| | |
|---|---|
| Type 1 mobile | Soins de jour en vue de stabiliser les cas aigus liés ou non à un traumatisme, d'orienter les patients vers des examens plus poussés ou des soins hospitaliers plus pointus, et de prodiguer des soins primaires à l'échelon local, avec une capacité à travailler dans différents endroits pendant la durée d'un déploiement. |
| Type 1 fixe | Soins de jour pour les cas aigus liés ou non à un traumatisme et les patients ayant bénéficié d'une orientation, et soins primaires à l'échelon local, avec une capacité à travailler dans une structure fixe de soins de consultations externes. |
| Type 2 Soins d'urgence chirurgicaux en milieu hospitalier | Services de Type 1, services de chirurgie générale et de chirurgie obstétricale en cas de traumatisme ou d'autres affections sévères, et soins aigus en milieu hospitalier. |
| Type 3 Soins spécialisés en milieu hospitalier | Services de Type 2, et capacités de prendre en charge des patients après orientations pour des pathologies complexes et d'assurer des services de soins intensifs. |
| Équipes de soins spécialisés | Équipes de soins spécialisés supplémentaires qui peuvent être intégrées dans les structures sanitaires locales ou dans les structures de Type 2 ou de Type 3, sauf indication contraire, et qui peuvent fournir des services dans les domaines suivants : épidémies, chirurgie, rééducation et réadaptation, santé mentale, santé reproductive et du nouveau-né, appui interdisciplinaire, interhospitalier et technique. |



© Samaritan's Purse

ÉVOLUTION DE LA TYPOLOGIE DES EMT

Division du Type 1 en Type 1 mobile et Type 1 fixe

Après la riposte au typhon Haiyan (Yolanda) aux Philippines en 2013 et une confirmation lors de la riposte au tremblement de terre au Népal en 2015, une distinction a été faite entre les équipes de Type 1 mobile et les équipes de Type 1 fixe. Le besoin de faire cette distinction est lié au nombre important d'équipes impliquées appartenant à ces catégories, ainsi qu'aux différences d'affectation et d'utilisation faites par un ministère de la santé entre ces deux modalités. Les équipes de Type 1 mobile sont particulièrement utiles après les inondations ou les tempêtes, lorsque les populations sont dispersées dans des abris ad hoc et des villages éloignés ; elles sont également utiles dans la mise en œuvre d'une riposte dans des États insulaires peu étendus. La mission des équipes mobiles consiste généralement à couvrir un secteur plutôt qu'à déployer un site unique. La nouvelle typologie des EMT en Type 1 mobile et Type 1 fixe a été approuvée lors de la 2e réunion mondiale sur les EMT qui s'est tenue au Panama en décembre 2015.

Type 2 et Type 3 : clarification de la définition des EMT de Type 2 et Type 3 par rapport aux équipes chirurgicales sans établissement.

Peu de changements majeurs ont été apportés aux définitions des équipes de Type 2 et de Type 3, si ce n'est pour préciser que ces termes doivent être réservés à des équipes complètes capables de fournir, si nécessaire, un hôpital mobile de campagne de la capacité appropriée avec le soutien opérationnel requis. Les équipes chirurgicales qui n'ont pas cette aptitude et qui prévoient de se déployer au sein d'hôpitaux existants sont désormais appelées « équipes de soins chirurgicaux spécialisés ».

Équipes de soins spécialisés : clarification de la modularisation et des normes qui s'appliquent à toutes les équipes de soins spécialisés

Face à la nécessité de disposer d'une approche plus modulaire ou plus atypique en fonction du contexte local, il est apparu important de pouvoir recourir à des équipes de soins spécialisés pour combler certaines lacunes en matière de soins. Le terme « équipes de soins spécialisés » a été adopté pour mieux rendre compte de la nature du soutien apporté. Les équipes de soins spécialisés des EMT ont été élargies pour inclure des équipes de soutien technique, par exemple des équipes de soutien opérationnel, afin de couvrir les équipes qui sont déployées et faciliter le travail des EMT, et ne pas comprendre uniquement des équipes qui fournissent elles-mêmes directement des soins. Ceci est particulièrement pertinent pour les équipes conçues pour aider à la réparation des systèmes cliniques, des dispensaires et des hôpitaux et pour apporter un appui aux activités locales des EMT.

3.3 Typologie des EMT

Une brève description de chaque type d'EMT ainsi que ses principales caractéristiques sont présentées au Tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3. Principes directeurs des EMT

PRINCIPES DIRECTEURS DES EMT

| TYPE | Description | Services | Principales caractéristiques | Indicateurs de référence minimaux | Horaires d'ouverture |
|----------------------|---|--|---|---|---|
| Type 1 mobile | Soins initiaux en ambulatoire et orientation pour bénéficier d'examen plus poussés ; réalisés par des équipes médicales mobiles présentes dans différents endroits et au service des populations difficiles à atteindre en fonction du contexte de l'urgence. | <ul style="list-style-type: none"> • Triage, évaluation, premiers soins. • Traitement des urgences liées ou non à un traumatisme. • Stabilisation et orientation des patients nécessitant des services en milieu hospitalier ou un niveau de soins plus élevé. • Soins de santé primaires pour les principales maladies transmissibles et maladies non transmissibles, services de santé reproductive de base, soins obstétricaux d'urgence de base et soins du nouveau-né de base. | <ul style="list-style-type: none"> • Léger, transportable, adaptable. • Peut être utilisé dans les zones reculées pour accéder à des communautés de petite taille. • Peut fonctionner à partir de structures existantes adaptées, ou fournir ses propres structures mobiles de consultations externes, par exemple des tentes ou des véhicules spécialement équipés pour servir de dispensaires mobiles. • Doit disposer d'une base opérationnelle permettant le réapprovisionnement ainsi que le respect total de toutes les conditions permettant d'être autosuffisantes et d'assurer les conditions de stérilité, la chaîne du froid et la chaîne d'approvisionnement. | Capable de traiter au moins 50 patients par jour en consultations externes. | Pendant la journée (horaires de consultation écourtés pour permettre un déplacement en toute sécurité vers et depuis les sites éloignés). |
| Type 1 fixe | Prise en charge initiale en ambulatoire des blessures et des autres besoins sanitaires, orientation vers des examens ou des soins de longue durée, et soins primaires à l'échelon local, à partir d'un endroit fixe. | <ul style="list-style-type: none"> • Triage, évaluation, premiers soins. • Traitement des urgences liées ou non à un traumatisme. • Stabilisation et orientation des patients nécessitant des services en milieu hospitalier ou un niveau de soins plus élevé. • Soins de santé primaires pour les principales maladies transmissibles et maladies non transmissibles, services de santé reproductive de base, et soins de santé reproductive de base (soins obstétricaux d'urgence de base et soins du nouveau-né de base). | <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'une structure légère, pouvant être déployée et adaptée. • Doit être en mesure de fournir ses propres structures fixes de consultations externes, par exemple des tentes ou des véhicules spécialement équipés, mais peut opérer à partir de structures existantes appropriées si nécessaire. | 100 patients par jour en consultations externes. | Services de jour en ambulatoire, mais équipe disponible en astreinte pour fournir des soins d'importance vitale pendant la nuit en cas d'urgence. |

| TYPE | Description | Services | Principales caractéristiques | Indicateurs de référence minimaux | Horaires d'ouverture |
|--------|--|--|---|---|---------------------------------|
| Type 2 | Soins aigus en milieu hospitalier des pathologies médicales (maladies transmissibles et maladies non transmissibles), chirurgie générale et obstétrique en cas de traumatisme ou d'autres affections sévères, et possibilité de réaliser la réception, l'évaluation et le triage des nouveaux patients et des patients arrivant après une orientation, dans une structure de type consultation externe ou service d'urgence. | Services de Type 1, avec en plus : <ul style="list-style-type: none"> Admission/évaluation des nouveaux patients et des patients arrivant après une orientation, contre-orientation Assistance cardio-respiratoire avancée et stabilisation initiale Au moins 1 table d'opération Réalisation d'au moins 7 interventions majeures ou 15 interventions mineures par jour Traitement définitif des plaies et des fractures simples Chirurgie visant à circonscrire les lésions Chirurgie générale et orthopédique d'urgence Services de santé maternelle et reproductive de niveau « soins obstétricaux d'urgence complets et soins du nouveau-né complets » Soins en milieu hospitalier pour les urgences non liées à un traumatisme Anesthésie, radiographie, stérilisation, laboratoire et transfusion sanguine Services de rééducation et de réadaptation, et suivi post-thérapeutique des patients. | <ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'une structure temporaire, pouvant être déployée et adaptée. La structure temporaire et ses services de soutien sont régis par des normes minimales, et des normes techniques de soutien opérationnel sont disponibles. Dispose d'au moins 20 lits pour patients hospitalisés, si possible davantage. Propose un espace de salle d'opération conforme aux lignes directrices en matière de lutte anti-infectieuse et d'hygiène.⁸ Équipe pluridisciplinaire ayant l'expérience du travail en situation de ressources limitées. | <p>>100 patients par jour en consultations externes.</p> <p>Une salle d'opération avec au moins 20 lits d'hospitalisation par table d'opération.</p> <p>Réalisation de 7 interventions majeures ou 15 interventions mineures par jour.</p> | 24 heures sur 24/7 jours sur 7. |
| Type 3 | Soins complexes de niveau orientation-recours en milieu hospitalier des pathologies médicales et chirurgicales et capacité de soins intensifs, dans une structure temporaire constituée de tentes, de bâtiments préfabriqués ou de véhicules. | Services de Type 2, avec en plus : <ul style="list-style-type: none"> Capacité à fournir des soins primaires et des soins visant à stabiliser les patients Chirurgie reconstructive de plaies complexes et chirurgie orthopédique Anesthésie pour enfants et pour adultes Lits de soins intensifs avec surveillance 24 h sur 24, 7 jours sur 7, et capacité à ventiler des patients. | <ul style="list-style-type: none"> Fournit ses propres structures (hôpital de campagne ou équivalent). Service d'orientation-recours de haut niveau pour les équipes de Type 1 et de Type 2 (Nationales et internationales) qui ne sont pas en capacité de fournir des services spécialisés. Capacité à réaliser des interventions de chirurgie reconstructive de plaies et d'orthopédie, mais peuvent également comprendre d'autres groupes de spécialistes et types de services particuliers (par exemple, des spécialistes en chirurgie maxillo-faciale ou pédiatrique). | <p>>100 patients en consultation externe par jour et >40 patients hospitalisés.</p> <p>Au moins 2 tables d'opération et 40 lits pour patients hospitalisés (20 lits par table d'opération).</p> <p>Réalisation de 15 interventions majeures ou 30 interventions mineures par jour.</p> <p>Au moins 4 lits de soins intensifs.</p> | 24 heures sur 24/7 jours sur 7. |

Équipes de soins spécialisés

Équipes offrant des soins intégrés dans des structures existantes et capables de fournir pendant toute la durée de leur déploiement les équipements et les consommables nécessaires aux services qu'elles proposent. La liste des spécialités n'est pas exhaustive, et la création de normes minimales pour les différentes spécialités est un processus continu mené par différents groupes de travail techniques des EMT.

⁸ World Health Organization. [2019]. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

3.3.1 Rapidité, chronologie et durée du déploiement

En cas d'urgence survenant de manière soudaine, une riposte rapide augmente les chances de survie et réduit la charge de morbidité. En cas d'épidémie, il est également apparu clairement que des équipes médicales doivent assurer le plus rapidement possible le traitement et l'isolement des patients afin d'améliorer la confiance au sein de la communauté et de contribuer à réduire la charge sur les établissements de santé qui ne sont pas spécifiquement responsables des soins des patients victimes de cette épidémie. Même si les équipes sont libres d'indiquer la durée que prendra leur déploiement, il est entendu que pour être en mesure de fournir une riposte et d'assurer une chaîne d'orientation-recours coordonnée, l'ensemble des équipes, quel que soit leur type, pourront faire la preuve de leur capacité à se déployer et à être opérationnelles sur le terrain dans les 72 heures suivant une catastrophe (à noter qu'il ne s'agit pas ici des 72 heures suivant une décision de se déployer ou une décision d'accepter des équipes). Compte tenu de leur lourdeur, de leur volume, de la complexité de leurs déplacements, et du rôle essentiel qu'elles vont jouer dans les soins de niveaux secondaire et tertiaire ainsi que dans les services de chirurgie reconstructive et de rééducation/réadaptation, les équipes de grande taille doivent être encore plus performantes dans leur déploiement.

La vitesse, la chronologie et la durée du déploiement en fonction du type d'EMT sont indiquées dans le tableau ci-dessous. Le tableau indique la vitesse et le délai dans lesquels toutes les EMT sont tenues de commencer à fournir des services à partir de leur arrivée sur le site qui leur a été attribué, ainsi que la période minimum pendant laquelle elles doivent être opérationnelles. Ces chiffres sont susceptibles de changer si le ministère de la santé demande à ce que des rotations ultérieures soient effectuées.

Tableau 4. Vitesse, chronologie et durée du déploiement

| Type d'équipe et origine | Opérationnelle à partir du moment de leur arrivée sur le site qui leur a été attribué au minimum dans les : | Opérationnelle sur le terrain avec une capacité à proposer au minimum une rotation supplémentaire pendant au moins : |
|------------------------------|---|--|
| Type 1 mobile ou fixe | 24 heures | 2 semaines |
| Type 2 | 24 à 36 heures | 3 semaines |
| Type 3 | 36 à 48 heures | 4 semaines |
| Équipes de soins spécialisés | Variable | Variable |

Remarque : ces échéances pour le déploiement sont données à titre indicatif.

Il peut être justifié de demander aux équipes nationales de se déployer plus rapidement, et la plupart d'entre elles doivent le faire en 6 à 12 heures, les premiers intervenants étant autosuffisants pendant une période plus courte et leurs temps de déplacement étant plus réduits.

Gestion et opérations sur le terrain des EMT

Chapitre 4: Coordination et renforcement des capacités

Chapitre 5: Normes techniques pour les soins cliniques

Chapitre 6: Normes techniques de soutien opérationnel

4.1 Introduction

Dans le contexte actuel où la riposte se fait de manière multilatérale, la rapidité et l'efficacité de la riposte aux urgences sanitaires et de l'acheminement de l'aide humanitaire sont conditionnées par la qualité de la coordination. Les gouvernements jouent un rôle et ont une responsabilité de premier plan dans l'institutionnalisation des capacités sanitaires nationales ou infranationales pour que les ripostes se fassent de manière coordonnée. Pour la plupart des catastrophes soudaines, des épidémies ou des conflits civils, les EMT nationales sont les mieux placées pour apporter une aide immédiate aux personnes qui en ont besoin. Cependant, lors d'urgences de grande ampleur, les autorités nationales peuvent se tourner vers des acteurs internationaux pour obtenir une aide supplémentaire, et faire venir des EMT qualifiées et autosuffisantes afin de renforcer momentanément les ressources sanitaires nationales ou répondre à une augmentation des besoins en soins de santé. La formation à la coordination de l'ensemble des EMT – aux niveaux national et international – permet d'éviter toute répétition des tâches et tout gaspillage des ressources, maximisant ainsi le nombre de victimes bénéficiant d'une aide efficace et de vies sauvées.

C'est lors de la réponse au typhon Haiyan (Yolanda) de 2013 aux Philippines que furent mises en application pour la première fois la classification et les normes minimales des EMT, avec des bénéfices avérés pour la coordination.⁹ L'OMS et le Ministère de la santé du pays ont collaboré de manière efficace en créant un centre de coordination médicale en ligne pour gérer l'orientation des patients et permettre le partage d'informations, et en facilitant l'accès des EMT moins bien équipées à des services tels que la radiographie, les interventions chirurgicales programmées et les tests de laboratoire.¹⁰ Une coordination plus formelle des EMT, avec des procédures d'enregistrement et d'attribution des tâches bien définies, a été utilisée lors de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et 2015 et lors du cyclone Pam au Vanuatu en 2015. Lors de la riposte au tremblement de terre de 2015 au Népal, une cellule de coordination des EMT officielle, pilotée par le Ministère de la santé et de la population du pays et soutenue par l'OMS, a été mise en place et utilisée avec un retour très positif des autorités nationales et des intervenants des EMT. Formé peu de temps auparavant par l'OMS à la méthodologie des cellules de coordination des EMT, le Ministère de la santé publique de l'Équateur était bien préparé et a pu déployer 22 EMT nationales dans les heures qui ont suivi le tremblement de terre de magnitude 7,8 ayant frappé le pays en 2016. Ces équipes ont bénéficié de l'aide de sept EMT internationales. Cette riposte a mis en évidence l'importance de la préparation : la formation aux cellules de coordination des EMT a favorisé une mise en application et une mise en œuvre quasi optimales de cette structure par le ministère, permettant ainsi une coordination efficace de l'ensemble des EMT déployées.

⁹ Brodin K, Hawajri O, von Schreeb J. Foreign Medical Teams in the Philippines after Typhoon Haiyan 2013 - Who Were They, When Did They Arrive and What Did They Do? *PLoS Curr.* 2015;7: ecurrents.dis.0cadd59590724486bffe9a0340b3e718. Published 2015 May 5. doi: 10.1371/currents.dis.0cadd59590724486bffe9a0340b3e718

¹⁰ *The Regulation and Management of International Emergency Medical Teams.* WHO and International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, 2017 (<https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>).

4.2 Renforcement des capacités des EMT

4.2.1 Gestion des catastrophes nationales, et préparation et riposte aux situations d'urgence sanitaire

Tous les pays sont encouragés à renforcer leurs capacités de gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes. Il s'agit notamment d'une préparation adéquate et d'une capacité de réaction opérationnelle permettant d'intensifier la prestation de services, en particulier les services préhospitaliers et les services cliniques, afin de répondre à l'augmentation des besoins en matière de santé en cas de situation d'urgence avec des conséquences sanitaires. La mise en place, l'accueil et la coordination des équipes médicales nationales et internationales permettent d'atteindre le niveau de prévisibilité et de réactivité requis dans le cadre du cycle de gestion des catastrophes. La création de réseaux d'urgence entre les pays dans une région peut favoriser un apprentissage mutuel et permettre d'identifier des mécanismes susceptibles de réduire le temps de réponse. Par ailleurs, la classification mondiale des prestataires proposant des EMT peut contribuer à accélérer les demandes et le déploiement des EMT qui s'engagent à respecter les normes convenues, notamment leur enregistrement auprès des autorités nationales compétentes du pays hôte, lesquelles sont les seules à disposer de l'autorité légale pour accepter ou refuser une EMT candidate.

L'évaluation de la capacité du pays à assurer la coordination globale des EMT (nationales et internationales) participant à la riposte et la qualité des soins fournis doit comprendre au minimum les éléments suivants :

- Un cadre juridique constitué d'un ensemble de législations, de réglementations et de normes visant à favoriser la création d'EMT nationales ainsi que la mise en œuvre et le fonctionnement du mécanisme de coordination des EMT ;
- L'adoption de normes minimales pour les EMT et des normes techniques connexes requises au niveau national ;
- L'identification du ou des points focaux nationaux des EMT, et la définition d'une stratégie de formation du personnel sur les EMT et la cellule de coordination des EMT ;
- La création et la vérification régulière des modes opératoires normalisés pour le mécanisme de coordination des EMT ; et
- La définition de procédures et de protocoles clairs pour la production de rapports sur les activités des EMT.

4.2.2 Adoption des principes des EMT

Les gouvernements des pays doivent adopter des normes fondamentales et des normes techniques spécifiques au contexte de leur pays afin de s'assurer que les équipes nationales sont non seulement en mesure de riposter, mais qu'elles sont également en mesure de recevoir de l'aide si nécessaire.

Avec les informations initiales limitées sur l'impact d'un événement et une évaluation imprécise de la capacité nationale à réagir, les autorités nationales doivent toujours agir avec prudence avant de conclure qu'aucune assistance médicale extérieure ne sera jamais nécessaire. Dans la pratique, le recours à des spécialistes en médecine et en santé publique extérieurs peut aider le système de santé du pays à fournir des services spécialisés permettant de sauver des vies, tels que les soins de rééducation et de réadaptation, les soins aux personnes atteintes de lésions du rachis, les soins aux brûlés ou la riposte aux épidémies.

4.2.3 Investissement dans les capacités des EMT nationales : systèmes, personnel, fournitures et équipements, structure et espaces

La création des EMT et le renforcement de leurs moyens d'action permettent de disposer en permanence d'une main-d'œuvre prête à intervenir de manière efficace et efficiente lors de situations d'urgence. Les EMT doivent s'efforcer de parvenir durablement au respect des normes minimales des EMT, tout en conservant une capacité de réaction aussi élevée que possible. Les capacités sont évaluées et renforcées sur la base des quatre éléments principaux définissant la capacité de réaction du système de soins de santé et sa capacité de montée en puissance : systèmes, personnel, fournitures et équipements, structure et espace. Les normes minimales des EMT servent de guide et facilitent l'analyse et l'identification des éléments décrits ci-dessous.

- Systèmes (modes opératoires normalisés, protocoles) : politiques, modes opératoires normalisés et protocoles qui définissent le modèle de fonctionnement de chaque équipe médicale, y compris sa mobilisation dans les meilleurs délais, son autosuffisance, ses capacités et ses contraintes dans la mise en œuvre des normes techniques de soins, et ses interactions avec les autres parties prenantes dans les interventions d'urgence.
- Personnel (capacité, adéquation et formation) : compétences et pratiques professionnelles, nombre de personnels requis et disponible pour appuyer la prestation de services, possibilités de formations régulières et de formations ponctuelles pour améliorer les compétences professionnelles, les pratiques et la confiance.

- Fournitures et équipements : mise en place et maintien en condition d'un point de ravitaillement pour un soutien médical et opérationnel, comprenant les équipements médicaux, les consommables à usage médical, les produits pharmaceutiques et les fournitures non médicales nécessaires à la prestation de soins cliniques conformes aux types d'EMT concernés, en tenant compte des contraintes logistiques et des autres contraintes éventuelles.
- Structure et espace (structures matérielles, installations temporaires) : adéquation et accessibilité de la structure pour faciliter la prestation des soins cliniques nécessaires, disponibilité et réaffectation des lits d'hospitalisation, et soutien pour répondre aux besoins en soins spécialisés.

Ce modèle exploite les capacités des équipes et renforce la capacité nationale à les coordonner, contribuant ainsi à l'amélioration du niveau global de l'état de préparation et de capacité de réaction opérationnelle.



Tableau 5. État de préparation et capacité de réaction

| État de préparation et capacité de réaction | | | |
|--|--|--|--|
| Systèmes | Personnel | Fournitures et équipements | Structure et espace |
| <p>Niveau institutionnel Politique/stratégie approuvée et dotée des ressources nécessaires, modes opératoires normalisés, plans d'urgence, état de préparation à la riposte</p> <p>Gestion de la sécurité, évacuations sanitaires et gestion des incidents critiques</p> <p>Niveau opérationnel Mécanismes opérationnels, systèmes de chaîne d'approvisionnement, bases de données et outils requis pour chaque type d'EMT établis et fonctionnels</p> | <p>Capacité de réaction Recrutement, formation et maintien en fonction d'un nombre suffisant de personnes qualifiées pour assurer le bon fonctionnement du tableau de service</p> <p>Mobilisation Nombre suffisant de personnels qualifiés pouvant être déployés en fonction des besoins et des impératifs par type d'EMT, avec des rôles et des responsabilités clairement définis.</p> <p>Niveau opérationnel Nombre adéquat de personnels qualifiés disponibles et pouvant être déployés pour couvrir les besoins afin d'assurer les rotations de personnel pour chaque service clé par type d'EMT</p> | <p>Ressources Eau, carburant, électricité, moyens de communication, transport</p> <p>Dotation en personnel et patients Hébergement (abris/lits/tentes), équipements et fournitures personnels, stock de nourriture et fournitures générales</p> <p>Équipements Clinique, logistique, eau, assainissement et hygiène (WASH), construction séquentielle</p> <p>Consommables et fournitures pharmaceutiques et à usage médical Consommables pharmaceutiques et à usage médical, et équipements médicaux</p> | <p>Espace terrestre Terrain d'une superficie suffisante pour fournir les services et installer le personnel selon le type d'EMT (pouvant être agrandi, si nécessaire)</p> <p>Installations Tentes de stockage de campagne mobiles et/ou temporaires, structures médicales, abris ou structures préfabriquées analogues adaptées au climat local en fonction du type d'EMT (avec adaptation pour travailler au sein ou à côté des structures existantes si nécessaire).</p> <p>Particularités des installations Ensemble des besoins en matière d'eau et d'assainissement, d'abris, de produits non alimentaires et de denrées alimentaires pour les patients et le personnel, conformément au type d'EMT (avec un accès suffisant pour se réapprovisionner sans incidence sur les environs)</p> <p>Services de soutien aux infrastructures Services adéquats de soutien aux infrastructures en place pour installer, assurer le fonctionnement, et procéder à la démobilisation en fonction du type d'EMT.</p> |
| Capacité et moyens d'action pour assurer le réapprovisionnement | | | |

4.3 Rôle de l'OMS dans l'appui aux autorités sanitaires nationales (ministères de la santé)

4.3.1 Méthodes d'amplification des demandes d'assistance internationale des États Membres, respect de la souveraineté

Conformément aux principes clés du droit international, seul le gouvernement du pays touché peut décider d'accepter ou de rejeter des EMT. Le Secrétariat des EMT et son homologue compétent au niveau régional seront fortement impliqués dans les activités de soutien nécessaires pour faciliter le déploiement rapide des EMT ainsi que la mise en place et l'opérationnalisation du mécanisme de coordination des EMT dès le début d'une situation d'urgence. Ces activités de soutien comprennent les éléments suivants : soutien technique à distance ou sur place ; conseils sur les moyens d'action des EMT disponibles dans le cadre de la classification globale des EMT ; activation du système d'enregistrement en ligne du Centre virtuel de coordination des opérations sur le terrain (OSOCC virtuel) ; aide à la diffusion d'informations essentielles sur les procédures d'arrivée et d'enregistrement à toutes les EMT internationales (y compris à celles qui se trouvent déjà dans le pays) ; et mise à disposition de tous ces éléments à tous les points de contact potentiels avec les EMT, y compris sur le site Web de l'OMS consacré aux EMT.

4.3.2 Centre d'accueil et de départ

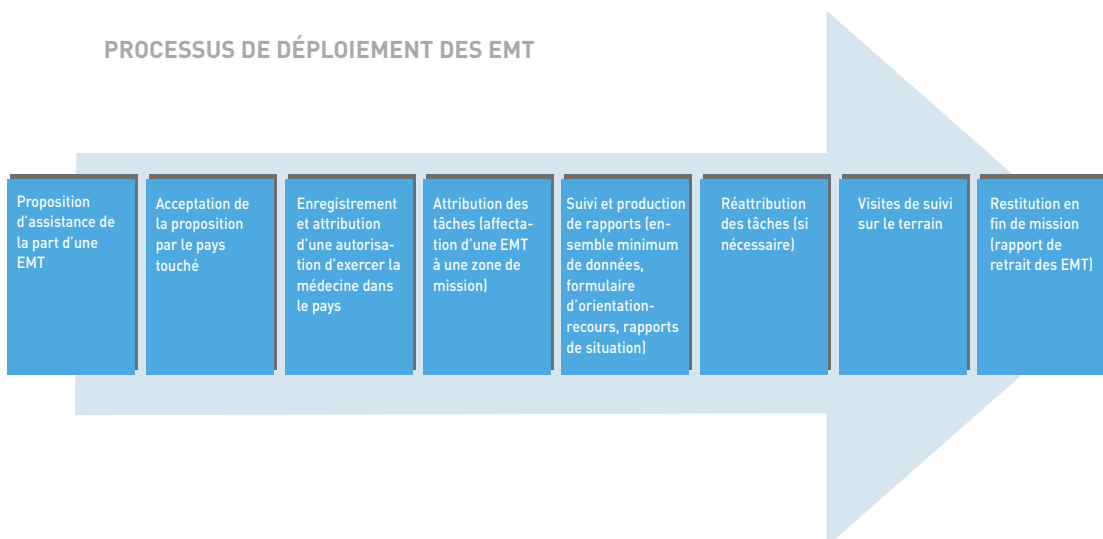
Le centre d'accueil et de départ étant le premier point de contact pour l'aide internationale à son arrivée, il doit être établi de manière méthodique afin de conférer un certain niveau d'organisation dans le chaos qui caractérise une situation de catastrophe. Il est mis en place aux principaux points d'entrée de l'aide internationale, de préférence par les autorités nationales, avec le soutien, si nécessaire, de l'Équipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe (UNDAC), de l'équipe de recherche et de sauvetage ou de l'EMT formée par le Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage (INSARAG), afin de diriger les équipes à leur arrivée vers le mécanisme de coordination compétent pour la suite de leurs activités (enregistrement et attribution des tâches).

4.4 Activation des EMT

Si chaque équipe médicale (nationale, internationale, civile, militaire ou appartenant à une ONG) qui fournit des soins cliniques directs dans des situations d'urgence peut sauver des vies, elle a aussi le potentiel de nuire si elle ne respecte pas les normes médicales convenues, n'utilise pas des médicaments et des équipements sûrs, ou ne fait pas appel à un personnel formé.

La décision de demander le soutien d'EMT est une condition préalable indispensable à leur déploiement. Dans la mesure du possible, les EMT nationales doivent confirmer leur situation (disponibilité) et leurs capacités conformément au plan national de riposte en cas de catastrophe. Lorsqu'une demande officielle d'assistance internationale est émise, les EMT doivent soumettre une proposition officielle d'assistance et leur déploiement ne doit se faire qu'une fois cette proposition acceptée et approuvée.

Figure 9. Processus de déploiement des EMT



Le processus de déploiement des EMT constitue une étape essentielle de la phase initiale de toute intervention d'urgence. Le filtrage des EMT à leur arrivée en fonction de leurs capacités et des besoins identifiés, ainsi que le recensement précis des capacités globales des EMT (déjà présentes et attendues), notamment le type des EMT, les prestations qu'elles proposent et leurs capacités de soutien opérationnel, sont des éléments essentiels pour planifier de manière optimale la réponse aux besoins variés et spécifiques des populations affectées. Dans presque tous les cas, le ministère de la santé conserve le droit de délivrer des licences aux équipes médicales à leur arrivée, d'enregistrer ces équipes et de les déployer là où elles seront le plus utiles.

L'attribution de tâches correspond au processus d'affectation des EMT à une zone de mission spécifique en fonction du type d'EMT et de ses capacités, ainsi que des besoins ou des lacunes identifiés, ce qui permet une utilisation optimale des ressources. Lors de la riposte au tremblement de terre au Népal (2015), un modèle de « réseau en étoile » a été utilisé pour positionner les plus grosses équipes aux points focaux stratégiques et au niveau des districts, des équipes plus petites (fixes et mobiles) étant réparties à partir de ces points. L'emplacement stratégique de chaque unité centrale a été choisi en fonction de la localisation des établissements de santé existants ou de façon à couvrir les zones comptant le plus grand nombre de victimes de traumatismes. Les EMT plus petites de Type 1 fixe ou mobile ont été affectées à des zones plus éloignées où elles ont évalué le niveau d'exposition aux risques et ont déterminé si les cas de traumatismes devaient être traités sur place, orientés vers un niveau de soins plus élevé, comme l'hôpital de district lorsque le cas pouvait être pris en charge à ce niveau, ou orientés vers un centre de soins tertiaires.

Il convient de demander aux EMT de participer à la préparation de rapports réguliers, qui peuvent être quotidiens pendant la phase aiguë de l'urgence, puis hebdomadaires une fois la situation stabilisée. Les rapports des EMT doivent être préparés en utilisant un formulaire standard. La normalisation des rapports permet de regrouper efficacement les rapports des différentes EMT, ce qui est indispensable pour avoir rapidement une vue d'ensemble de la situation. Pour répondre à des demandes venant du monde entier, l'OMS a mis en place en 2016 un groupe de travail technique et a publié un ensemble de données essentielles pour la préparation de rapports par les EMT, à savoir l'ensemble minimum de données (MDS)¹¹ et son formulaire pour la préparation de rapports quotidiens. Ce formulaire doit être passé en revue et adapté au contexte de l'urgence, puis intégré aux formulaires existants utilisés pour la rédaction des rapports nationaux.

¹¹ Kubo T, Salio F, Koido Y. (2020). Breakthrough on Health Data Collection in Disasters—Knowledge Arises in Asia Spread to the World. 10.1007/978-981-15-0924-7_19.

4.5 Coordination des EMT

4.5.1 Coordination des opérations au sein de la structure de gestion des incidents

La présence d'un centre des opérations d'urgence sanitaire fonctionnel constitue une condition essentielle au succès de la riposte et des opérations de relèvement. Il assure la gestion et la coordination de la riposte aux situations d'urgence liées à tous les types d'aléas, et comprend un mécanisme de prise de décision ainsi que des procédures d'activation, de montée en puissance et de désactivation des opérations d'urgence. Les fonctions standard du centre des opérations d'urgence sanitaire comprennent la gestion, les opérations, la planification, la logistique ainsi que l'administration et les finances.¹² La fonction des opérations (opérations sanitaires) permet d'améliorer la coordination des services, de faire un suivi des ressources médicales et sanitaires nécessaires, et d'assurer que celles-ci restent disponibles à tout moment. Elle englobe tout un éventail de disciplines liées à la santé, notamment les soins préhospitaliers, les soins primaires, les spécialités médicales et chirurgicales, la prise en charge des maladies infectieuses, la surveillance, les services de laboratoire et la communication sur les risques.

La coordination des EMT doit s'inscrire dans les cadres d'intervention d'urgence existants et, si possible, être dirigée par les sections d'intervention d'urgence du ministère de la santé, au sein du pilier des opérations sanitaires du centre des opérations d'urgence sanitaire. Ce mécanisme sert de point de coordination central pour l'obtention et l'analyse des informations essentielles liées à l'événement en cause, par exemple concernant les dégâts causés aux infrastructures sanitaires et l'impact sur les services préexistants, afin de guider les décisions stratégiques et opérationnelles qui doivent en découler. L'objectif principal de la coordination des EMT est de faire en sorte que le renfort apporté par les EMT, tant nationales qu'internationales, qui participent à la riposte permette de faire face au mieux au surcroît de besoins en soins de santé résultant de l'augmentation de la morbidité ou de la destruction des capacités existantes. La coordination des EMT se concentre sur les soins cliniques et la couverture clinique, l'orientation et le transport des patients, ainsi que le soutien logistique et opérationnel aux établissements de santé.

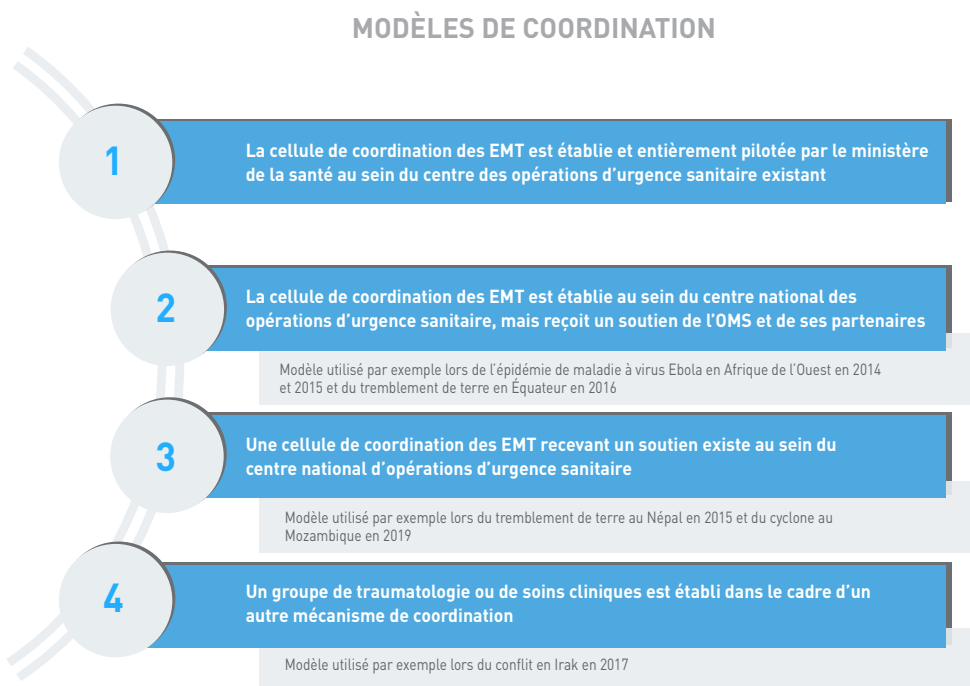
Pour cette fonction des EMT, il peut être nécessaire de faire appel à des experts de l'OMS afin de soutenir à leur arrivée les EMT, les membres de l'Équipe des Nations Unies pour l'évaluation et la coordination en cas de catastrophe (UNDAC), ou les experts bilatéraux directs lors de leur déploiement depuis les pays voisins. Certaines agences ou ONG internationales peuvent déployer des EMT et d'autres experts dans le domaine de la santé ou dans d'autres domaines particuliers, tels que les services WASH, les abris ou la violence basée sur le genre.

¹² World Health Organization. (2014). A systematic review of public health emergency operations centres (EOC). December 2013. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/99043>

4.5.2 Modèles de coordination

Selon la nature et l'ampleur de la situation d'urgence considérée, différents modèles de coordination peuvent être mis en place pour garantir la prise en compte des acteurs nationaux et internationaux supplémentaires dans le mécanisme de coordination de la riposte. Les différentes options identifiées pour la coordination des EMT sont présentées à la Figure 10.

Figure 10. Modèles de coordination



4.5.3 Canaux de coordination supplémentaires

Les accords de coopération internationaux et transfrontières existants concernant la préparation et la riposte aux situations d'urgence peuvent faciliter la fourniture d'une assistance mutuelle sur une base bilatérale. Il est alors recommandé d'adopter des normes techniques et de suivre les étapes décrites pour l'activation des EMT.

Les organisations militaires jouent souvent un rôle clé dans un plan national de gestion des catastrophes. De nombreux gouvernements disposent également d'équipes médicales militaires qui interviennent de plus en plus souvent en cas de catastrophe ou d'épidémie. Un canal d'acceptation et de coordination initiale est respecté, mais lorsque des équipes médicales militaires dispensent directement des soins à la population locale, leur coordination doit être assurée par le mécanisme de coordination des EMT afin de bien appréhender la manière dont l'ensemble des autres acteurs médicaux contribuent à la riposte, aux protocoles locaux et aux circuits d'orientation-recours. Plutôt que de constituer un obstacle, ce mécanisme, qui comprend des procédures accélérées d'enregistrement, permet de mieux cerner les besoins sur le terrain et contribue à la mise en place d'un système unique de coordination tactique des soins médicaux.

Le soutien international fourni par la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge lors de catastrophes ne résultant pas de conflits est également accordé à la demande de la société nationale du pays touché et pour l'aider à remplir son propre mandat au niveau national. L'une des dispositions de l'Accord du canal rouge signé en décembre 2020 entre l'OMS et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge prévoit que les équipes de réponse aux urgences humanitaires de la Fédération qui interviennent en cas de situation d'urgence s'enregistrent auprès des autorités locales et du mécanisme de coordination des EMT dès leur arrivée dans le pays.

4.6 Suivi et préparation de rapports au cours du déploiement

Pour que la coordination des EMT puisse assurer au mieux la qualité continue des soins au cours des déploiements, il est essentiel de garantir un suivi et de produire des rapports de manière régulière. Les visites sur le terrain et l'analyse des données de l'ensemble minimum de données constituent des moyens pratiques de suivre les opérations des EMT et aident à identifier et à résoudre les difficultés grâce à une évaluation et une réponse conjointes.

Des visites de terrain sur les sites où opèrent les EMT doivent être entreprises lorsque ces opérations sont suffisamment bien établies. Elles ne doivent pas se concentrer uniquement sur la vérification des opérations menées par les EMT (assurance de la qualité), mais aussi être l'occasion d'apporter un soutien et des conseils. Les trois principaux objectifs des visites sur le terrain sont les suivants :

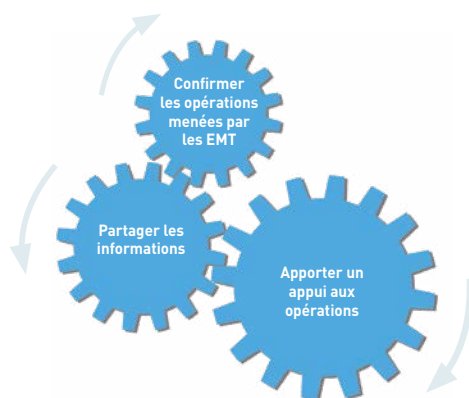
1. Partager les informations, notamment des mises à jour sur la situation du district et sur la situation générale, ainsi que les modes opératoires normalisés et les directives nouvellement adoptés ou qui ont été actualisés.

2. Confirmer les opérations menées par les EMT, notamment :
 - a. Le site où sont menées ces opérations (par rapport au site attribué) ;
 - b. Le(s) type(s) de services fournis (par rapport au type et aux services annoncés) ;
 - c. Le respect des normes minimales, y compris la tenue des dossiers médicaux, les obligations de préparation de rapports et d'orientation-recours ;
 - d. Le respect des protocoles de traitement recommandés ou en vigueur dans le pays ;
 - e. L'acceptation de la communauté ;
 - f. L'intégration avec les prestataires de services locaux et les mécanismes de coordination ; et
 - g. La stratégie de sortie, y compris la date prévue du retrait.

3. Apporter un appui aux opérations menées par les EMT, notamment :
 - h. Un retour d'informations sur les améliorations possibles (y compris pour combler les lacunes observées dans le respect des normes minimales) ;
 - i. La mise à jour des directives ou des protocoles de traitement ;
 - j. L'assistance pour répondre à toutes les questions opérationnelles, par exemple les lacunes en matière d'orientation-recours, les besoins en termes de logistique, ou la sûreté et la sécurité ; et
 - k. La coordination des autres formes d'assistance complémentaire dont la population affectée a besoin, selon les indications fournies par les EMT, par exemple concernant la distribution de nourriture et de certains articles non alimentaires, ou les besoins en eau et en assainissement.

Figure 11. Les trois principaux objectifs des visites de suivi sur le terrain

LES TROIS PRINCIPAUX OBJECTIFS DES VISITES DE SUIVI SUR LE TERRAIN



L'analyse de la qualité des services fournis repose sur le recueil de renseignements concernant les écarts ou le respect des protocoles nationaux et des normes minimales de l'EMT concernée, ainsi que sur l'observation de ces phénomènes. Cette analyse doit être fondée sur des informations soigneusement répertoriées.

5.1 Introduction

L'adoption de normes pour les soins cliniques peut permettre d'améliorer la qualité des soins fournis aux patients, en réduisant les variations non désirées dans les soins, les effets délétères et les manques d'efficacité. Elle peut également contribuer à la protection des travailleurs. Ces normes varient en fonction du type d'EMT.

Comme cela est indiqué dans le Tableau 6, il existe 27 normes cliniques, correspondant respectivement aux différents processus de soutien et aux différentes procédures cliniques essentielles. Les procédures cliniques essentielles correspondent à la prestation de soins proprement dite, tandis que les procédures de soutien apportent un soutien ou des éléments/actions essentiels à la prestation de soins.

Tableau 6. Normes cliniques

NORMES CLINIQUES

| SERVICE | TYPE 1 MOBILE | TYPE 1 FIXE | TYPE 2 | TYPE 3 |
|---------|---|--|---|---|
| | Triage initial et triage sur le terrain | Triage initial et triage sur le terrain | Triage pour les interventions chirurgicales | Triage des orientations complexes |
| | Réanimation et stabilisation de base | Réanimation et stabilisation de base | Assistance cardio-respiratoire avancée | Prise en charge de niveau soins intensifs, ventilation artificielle disponible |
| | Stabilisation et orientation de base | Stabilisation et orientation de base | Accueil des orientations, stabilisation et orientation avancées | Accueil des orientations, ventilation assistée et des orientations pour soins intensifs |
| | Sans objet | Soins infirmiers de base | Soins médicaux professionnels adaptés | Soins spécialisés dans une unité de soins intensifs |
| | Premiers soins des plaies | Premiers soins des plaies | Soins chirurgicaux complets des plaies | Traitement des plaies par reconstruction complexe |
| | Premiers soins des brûlures et traitement de la douleur | Brûlures superficielles ne dépassant pas 5 % de la surface corporelle totale | Brûlures ne dépassant pas 20 % de la surface corporelle totale | Toutes les brûlures dépassant 20 % de la surface corporelle totale, brûlures du visage, des mains, du périnée, des organes génitaux et de la plante des pieds |
| | Prise en charge de base des fractures | Prise en charge de base des fractures | Prise en charge avancée/chirurgie des fractures | Traitement orthopédique définitif et complexe |

| SERVICE | TYPE 1 MOBILE | TYPE 1 FIXE | TYPE 2 | TYPE 3 |
|---------|--|--|---|---|
| | Évaluation et transfert | Évaluation et transfert | Assistance respiratoire et transfert | Prise en charge complexe |
| | Dépistage et identification | Structures d'isolement | Capacité d'hospitaliser des patients | Cas complexes nécessitant des soins intensifs |
| | Prise en charge de base des maladies chroniques en ambulatoire | Prise en charge de base des maladies chroniques en ambulatoire | Prise en charge en hospitalisation des cas d'exacerbation aiguë | Prise en charge des cas d'exacerbation aiguë par des soins avancés ou des soins intensifs |
| | Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence de base/santé sexuelle et reproductive | Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence de base/santé sexuelle et reproductive | Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence complets/santé sexuelle et reproductive | Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence complets/santé sexuelle et reproductive avec soutien par des soins intensifs |
| | Soins pédiatriques de base et stabilisation en ambulatoire, dépistage de la malnutrition | Soins pédiatriques de base et stabilisation en ambulatoire, dépistage de la malnutrition | Soins pédiatriques d'urgence et stabilisation en hospitalisation ou en ambulatoire, chirurgie pédiatrique, prise en charge de la malnutrition | Prise en charge des enfants dans un état critique, soins chirurgicaux pédiatriques complexes, soins intensifs pour enfants et nouveau-nés |
| | Anesthésie locale et contrôle de la douleur | Anesthésie locale et contrôle de la douleur | Anesthésie régionale, rachianesthésie et anesthésie générale chez l'enfant et chez l'adulte | Capacité à assurer des soins post-opératoires (intermédiaires) prolongés, y compris une ventilation |
| | Sans objet | Sans objet | Sans objet | Disponibilité de soins intensifs |
| | Interventions mineures sous anesthésie locale | Interventions mineures sous anesthésie locale | Chirurgie générale | Soins spécialisés et avancés de traumatologie et de chirurgie reconstructive (notamment chirurgie orthoplastique, reconstruction maxillo-faciale) |
| | Dépistage, mise en route d'un traitement en ambulatoire | Dépistage, mise en route d'un traitement en ambulatoire | Prise en charge clinique initiale des cas présentant des complications médicales | Soins intensifs pour les nouveau-nés et les enfants, prise en charge des cas complexes |
| | Soins palliatifs initiaux et orientation | Soins palliatifs initiaux et orientation | Soulagement des symptômes ; soins de soutien aux personnes en fin de vie | Soulagement des symptômes, y compris à l'aide de soins chirurgicaux palliatifs ; soins de soutien aux personnes en fin de vie |
| | Soins de rééducation et de réadaptation de base | Soins de rééducation et de réadaptation de base | Services de rééducation et de réadaptation en ambulatoire et en hospitalisation | Services de rééducation et de réadaptation en ambulatoire et en hospitalisation pour les patients souffrant de traumatismes complexes |

| SERVICE | TYPE 1 MOBILE | TYPE 1 FIXE | TYPE 2 | TYPE 3 |
|---------|--|--|---|--|
| | Évaluation, première assistance psychosociale, orientation vers d'autres services si nécessaire | | | |
| | Sans objet | Sans objet | Capacité à réaliser des transfusions sanguines sûres | Capacité à réaliser des transfusions sanguines sûres |
| | Tests de base en ambulatoire ; tests de diagnostic rapide | Tests de base en ambulatoire ; tests de diagnostic rapide | Tests de base pour les patients hospitalisés | Tests avancés |
| | Pas d'examens d'imagerie diagnostiques | Pas d'examens d'imagerie diagnostiques | Radiographie | Radiographie, eFAST,* échographie |
| | Approvisionnement en médicaments pour les patients vus en consultation externe permettant de couvrir la capacité des soins prévus, prophylaxie antitétanique | Approvisionnement en médicaments pour les patients vus en consultation externe permettant de couvrir la capacité des soins prévus, prophylaxie antitétanique | Approvisionnement en médicaments pour les patients vus en consultation externe ou hospitalisés, y compris en médicaments utilisés en chirurgie et en anesthésie ¹³ | Approvisionnement en médicaments pour le niveau de soins intensifs |
| | Autoclave à vapeur simple (au niveau de la structure de base) ou matériel jetable | Autoclave à vapeur simple ou matériel jetable | Autoclave chirurgical complet avec mesures de traçabilité | Autoclave chirurgical complet avec mesures de traçabilité |
| | Protocoles appropriés pour une lutte anti-infectieuse adaptée dans la structure | | | |
| | Activités menées selon les principes ¹⁴ de l'engagement de la communauté | | | |
| | Évaluation, décontamination lorsque cela est possible, premiers secours et orientation vers les services appropriés | Évaluation, décontamination lorsque cela est possible, premiers secours et orientation vers les services appropriés | Fourniture d'antidotes, lorsque ceux-ci sont disponibles | Soins en unité de soins intensifs, si cela est sûr et indiqué |
| | Les EMT conserveront les documents confidentiels sur les patients concernant les interventions, la surveillance clinique et les éventuelles complications des soins reçus, et en mettront une copie à la disposition du patient. Elles feront également des rapports réguliers et avant leur départ aux autorités sanitaires locales compétentes en utilisant les formulaires de rapport nationaux ou à défaut, l'ensemble de données minimum convenu des EMT. Les équipes s'engagent à ne pas mener de travaux de recherche sans le consentement approprié des patients, des autorités nationales et du comité d'éthique. ¹⁵ | | | |

* Évaluation ciblée étendue par échographie pour les traumatismes (en anglais Extended Focused Assessment with Sonography for Trauma, soit e-FAST)

¹³ World Health Organization. (2019). World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹⁴ US CDC, ATSDR; Principles of Community Engagement 2nd Edition; <https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/index.html>

¹⁵ L'Organisation mondiale de la santé (OMS); Principes éthiques de l'OMS; <https://www.who.int/fr/about/ethics>

5.1.1 Triage

Les EMT ont mis en place des systèmes de triage pour classer les patients par ordre de priorité en fonction de leurs besoins cliniques. Ces systèmes doivent être utilisables pour la prestation de services au quotidien et aussi en cas de situation d'urgence impliquant un grand nombre de victimes.

Chaque EMT a adopté un système de triage qui permet de hiérarchiser et de classer les patients en fonction du type et de l'urgence de leurs problèmes. Le système de triage choisi doit attribuer à chaque patient un identifiant unique. Les maladies infectieuses et les situations d'urgence impliquant un grand nombre de victimes doivent faire l'objet d'une attention particulière, car le système de triage doit être adapté afin d'assurer une prise en charge et une classification efficaces des patients.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Établir un point d'entrée unique pour recevoir les patients à leur arrivée, en tenant compte des aspects concernant la sûreté et la sécurité.
2. Un système d'identifiants uniques doit être mis en place, prenant en compte les besoins d'un suivi et de protection des patients.
3. Sensibiliser et former l'ensemble du personnel concerné aux systèmes et aux protocoles de triage, et désigner un membre du personnel responsable pour chaque équipe travaillant en rotation, en tenant compte de sa formation et de son expérience.
4. Mettre en place un système de triage spécifique pour les situations d'urgence impliquant un grand nombre de victimes, et assurer une réévaluation continue des patients.
5. Disposer d'un plan de prise en charge de victimes en grand nombre, et faire en sorte que ce plan soit validé et que l'EMT a été entraînée à sa mise en œuvre.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Lors de la riposte à un incident impliquant un grand nombre de victimes, envisager d'ajouter une catégorie de triage pour les patients dont le pronostic est mauvais ou dont les possibilités de survie sont limitées, si cela est acceptable sur le plan culturel. Ces patients doivent bénéficier d'une prise en charge de la douleur et de soins de confort adaptés.
2. Des interprètes doivent être disponibles dans la zone de triage, et il est important de tenir compte des aspects culturels, par exemple de séparer les hommes et les femmes dans les zones d'attente (si cela est pertinent).

5.1.2 Évaluation, réanimation et stabilisation

Les EMT procèdent à une évaluation systématique des patients et sont en mesure de les stabiliser et de les réanimer lorsque cela est nécessaire et approprié, en fonction des moyens d'action disponibles de l'EMT.

Chaque EMT procède à une évaluation et traite ses patients de manière systématique. Si un patient a besoin d'un niveau de soins plus élevé, l'équipe doit le stabiliser et l'orienter vers un établissement capable de lui fournir des soins adaptés. Certaines équipes peuvent être confrontées à des situations dans lesquelles il est nécessaire de procéder à des interventions de réanimation, mais la décision de recourir à cette procédure doit être adaptée au contexte. Des protocoles clairs doivent être en place pour assurer que les patients ayant bénéficié d'une réanimation puissent ensuite disposer d'un transport sûr et d'un traitement adapté.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les EMT peuvent assurer une réanimation de base et une stabilisation des patients.
 - Maintien des fonctions vitales de base pour les adultes, les nouveau-nés et les enfants, sans intubation endotrachéale.
 - Assurer le traitement initial, notamment la libération des voies aériennes naso- ou oro-pharyngées, la ventilation avec un masque et un ballon d'anesthésie, l'administration d'oxygène, la mise en place d'une voie intraveineuse, la mise en place des mesures hémostatiques de base et la prévention de base de l'hypothermie.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles assurent une assistance respiratoire avancée (intubation endotrachéale ou trachéotomie) avec une surveillance capnographique.
- Elles administrent de l'oxygène (jusqu'à 10 L/min) à plusieurs patients simultanément avec des mesures de réanimation avancées comme des interventions chirurgicales en urgence.
- Transfusion sanguine (voir le chapitre sur le remplissage vasculaire).

Structures de Type 3

- Elles procèdent à une ventilation artificielle dans une structure de soins intensifs, en fonction de ce qui est considéré comme approprié au contexte dans lequel travaille l'équipe.
- Elles accueillent les patients orientés à partir d'autres structures pour un traitement spécialisé (plus poussé).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Type 1 fixe

- Masque laryngé ou intubation endotrachéale, auquel cas une surveillance capnographique de base est nécessaire.

5.1.3 Orientations et transferts

Les EMT doivent avoir des protocoles en place pour l'orientation et le transfert des patients afin que ceux-ci puissent obtenir de bons résultats par des soins de qualité grâce à une coordination efficace entre la structure sanitaire d'origine et la structure sanitaire d'accueil, et pour faire en sorte que le personnel et les patients puissent être en sécurité et protégés.

La mise en place effective de procédures d'orientation et de transfert des patients est considérée comme l'un des aspects fondamentaux de la qualité des soins aux patients. Les EMT doivent s'assurer que l'orientation et le transfert des patients sont facilités par la mise en place de circuits de transport et de communication clairs assortis de mécanismes de contrôle du respect des procédures et de responsabilisation entre la structure de santé d'origine et la structure de santé d'accueil. Des mesures de sécurité et de réduction des risques doivent être en place pour la protection du personnel et des patients. Le personnel concerné doit bien connaître la manière de mettre en œuvre ces protocoles et ces procédures afin de limiter les cas d'utilisation inappropriée du système.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Créer un formulaire et un système normalisés pour l'orientation et le transfert des patients, notamment pour le passage des consignes entre l'EMT/la structure transférant le patient et celle qui le reçoit.
2. La responsabilité du patient incombe au personnel de l'EMT qui assure son transfert jusqu'à ce que ce transfert soit effectif avec l'EMT/la structure d'accueil.
3. Avant le transfert, informer le patient ou ses proches des avantages et des risques encourus, et obtenir leur consentement éclairé par écrit.
4. Partager dans un document écrit des informations sur l'état clinique du patient, le traitement en cours, le motif de transfert, ainsi que le mode et le calendrier prévus pour ce transfert.
5. Avant le transfert, procéder à une préparation et à une stabilisation minutieuses du patient, en suivant les principes « voies aériennes, respiration, circulation, handicap, et exposition » (en anglais Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure, soit ABCDE).
6. Avant le transport du patient, assurer une prise en charge appropriée de la douleur.
7. Avant le transport, prendre des mesures supplémentaires, notamment par la pose d'une voie veineuse, la réalisation d'une analgésie/anesthésie, la pose de drains thoraciques, la protection des voies respiratoires et l'immobilisation des fractures, en fonction des besoins.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Le personnel qui accompagne les patients en état critique doit être expérimenté et convenablement formé en ce qui concerne le transfert des patients, les techniques avancées de réanimation cardio-respiratoire, l'assistance respiratoire et les soins intensifs.

Notes d'orientation

Pour identifier le(s) mode(s) de transport approprié(s), tenir compte du contexte, de leur disponibilité, de leur adéquation (par voie terrestre ou par voie aérienne) et des plans d'urgence en vigueur.

5.1.4 Gestion des unités d'hospitalisation

Les EMT disposent de systèmes pour une prise en charge sécurisée des patients hospitalisés dans leur structure.

La capacité à accueillir des patients en hospitalisation n'est exigée que pour les structures de Type 2 et de Type 3, mais les structures de Type 1 doivent être préparées à la prise en charge de patients pendant une période prolongée, le temps d'organiser leur orientation vers une structure appropriée. Une surveillance médicale doit être disponible 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, soit dans les services d'hospitalisation, soit par le biais d'un système d'astreinte. Le personnel doit avoir la formation et l'expérience pertinentes pour assurer les fonctions qui lui sont attribuées ; par exemple le personnel infirmier spécialisé en pédiatrie sera chargé de la prise en charge des enfants.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les structures de Type 1 fixe doivent assurer les soins infirmiers de base, et disposent de la capacité à garder en observation/ soigner les patients tout en organisant leur orientation vers une structure appropriée.
2. Une procédure est en place pour sélectionner les patients à hospitaliser et dont l'état doit faire l'objet d'un suivi régulier ; cette procédure doit notamment comporter des mécanismes permettant de détecter rapidement les patients dont l'état se détériore.
3. Des systèmes sont en place pour assurer une relève structurée lors du passage d'une équipe à une autre, ainsi que des visites multidisciplinaires dans les services d'hospitalisation.
4. Assurer une bonne circulation de l'information à destination des patients et de leurs proches, notamment en les informant en temps utile de leur possibilité de sortie de la structure.
5. Former les patients, les membres de leur famille ou les aidants aux tâches qu'ils peuvent être amenés à assumer.
6. Des protocoles sont en place pour le transfert et l'orientation des patients qui nécessitent un niveau de soins plus élevé, le recours à un spécialiste ou un suivi/des soins de longue durée. Un document écrit avec un programme de sortie et les soins de suivi à recevoir doit être fourni.
7. Remettre au patient une note de sortie ou une copie de son dossier.
8. Aider à organiser le transport, les soins de suivi si nécessaire, et l'accès aux médicaments fournis, à la rééducation et à la réadaptation, à un fauteuil roulant ou à des béquilles ou à d'autres formes d'aide si nécessaire.
9. Prévoir des modalités pour les visites, si nécessaire, avec des aménagements adaptés pour les patients relevant de la pédiatrie ou des soins intensifs.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

- ⚠ 1. Ratio minimum infirmier(ère)-patient de 1 : 8 dans chaque équipe en rotation.
 - ⚠ 2. Ratio minimum médecin-infirmier(ère) 1 : 3
 - ⚠ 3. Structures de Type 1 fixe : au moins trois médecins formés aux urgences et aux soins primaires
- ⚠ La présence de ce symbole renvoie aux conditions minimales requises pour les déploiements au niveau international, en particulier pour les équipes qui souhaitent obtenir leur statut dans la classification mondiale.

5.1.5 Traitement des plaies

Les EMT assurent le traitement des plaies, en se concentrant particulièrement sur la prévention des infections et sur les résultats fonctionnels.

Au cours de la phase initiale d'une catastrophe soudaine, la prise en charge des plaies peut constituer l'essentiel de la charge de travail des EMT. Les EMT doivent suivre les lignes directrices cliniques appropriées¹⁶ pour la prise en charge des patients qui se présentent tardivement avec des plaies, tout en s'adaptant aux mécanismes spécifiques des traumatismes liés à l'événement en question.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

Évaluation et nettoyage initiaux des plaies

- Nettoyer les plaies en suivant les lignes directrices en vigueur.
- Administrer des immunoglobulines antitétaniques et une vaccination, ainsi qu'une antibiothérapie, en fonction des besoins.
- Tenir compte des conditions de sortie et utiliser des pansements adaptés au contexte.
- Consigner et remettre le programme prévu pour les pansements si un suivi est nécessaire.
- Retirer les tissus dévitalisés et/ou contaminés. Un débridement chirurgical ne peut être effectué que dans des structures appropriées (bloc opératoire), avec une sédation et une anesthésie sûres.
- Envisager la réalisation d'une greffe dermo-épidermique ou de lambeaux simples, ou la répétition d'un débridement de la plaie après un nettoyage +/- un débridement initiaux appropriés suivis d'un examen. Ces procédures doivent être effectuées dans une structure de Type 2 ou équivalent.
- En cas de plaies très étendues, envisager l'orientation du patient pour une reconstruction complexe après un débridement approprié et la mise en place de mesures de lutte contre la survenue d'un état septique. Les circuits d'orientation des patients vers ces services et les circuits de communication avec ces services doivent être identifiés (structures de Type 3 ou équivalent).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. La vaccination contre la rage doit être disponible dans les endroits où cette maladie est endémique et où les risques de morsures d'animaux sont réels.
2. Dans les structures où les besoins en matière de traitement des plaies sont importants, il est recommandé de créer des zones dédiées au traitement des plaies où les patients peuvent se rendre directement pour leur suivi.

¹⁶ Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; (<https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>).

5.1.6 Traitement des brûlures

Les EMT doivent être en mesure de prendre en charge les patients victimes de brûlures lors de leur présentation initiale, y compris en cas de catastrophe responsable d'un grand nombre de brûlures, d'exclure la possibilité d'autres blessures graves, et de commencer à prodiguer des soins appropriés aux brûlés en attendant leur transfert vers un centre de traitement des grands brûlés ou un autre établissement adapté.

De par leur nature, les brûlures conduisent souvent les patients à suivre un long itinéraire thérapeutique, et elles sont fréquemment responsables de conséquences à long terme sur la santé avec des répercussions sur la fonctionnalité, la qualité de vie et la santé mentale. Les EMT doivent être en mesure de dispenser des soins initiaux aux patients victimes de brûlures, y compris de procéder à un triage approprié, de prodiguer les premiers soins, et de réaliser les évaluations et les traitements secondaires et tertiaires, comme les pansements appropriés, le traitement de la douleur et la gestion de la balance hydrique, en fonction des indications. Toutes les EMT doivent connaître les protocoles locaux et nationaux de soins aux brûlés, ainsi que les circuits appropriés dans leur zone de travail pour orienter les patients victimes de brûlures.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Toutes les EMT peuvent prendre en charge et orienter les personnes victimes de brûlures.

Structures de Type 1 mobile

- Elles effectuent un triage et prodiguent les premiers soins ainsi qu'un traitement de la douleur aux personnes victimes de brûlures.

Structures de Type 1 fixe

- Elles traitent les brûlures superficielles ne dépassant pas 5 % de la surface corporelle totale (pas de traitement chirurgical).
- Elles prennent en charge les personnes victimes de brûlures dépassant 5 % de la surface corporelle totale en administrant un traitement de la douleur et en réalisant un nettoyage et un pansement des lésions, et les orientent vers un niveau de soins plus élevé conformément aux politiques locales d'orientation des patients victimes de brûlures.

Structures de Type 2

- Elles traitent les brûlures ne dépassant pas 20 % de la surface corporelle totale.
- Brûlures ne dépassant pas 20 % de la surface corporelle totale : brossage chirurgical, administration de liquides (par voie orale et par voie intraveineuse), positionnement des membres, excision et greffe, procédures d'urgence, soutien nutritionnel et rééducation/réadaptation précoces.

Structures de Type 3

- Elles traitent les brûlures dépassant 20 % de la surface corporelle totale.
- Elles prennent en charge les brûlures du visage, des mains, du périnée, des organes génitaux et de la plante des pieds.
- Des équipes de spécialistes dans les soins aux brûlés peuvent être nécessaires pour apporter un renfort aux structures de Type 3.
- Selon la situation, il peut être nécessaire d'orienter les patients vers un ou plusieurs centres spécialisés dans les soins aux brûlés.

2. Si une excision et une greffe précoces sont réalisées dans la structure, le patient doit continuer à y recevoir ses soins, et son transfert ne doit avoir lieu que si son état clinique se détériore.
3. Calculer le programme d'administration de liquides recommandé à partir de l'heure d'arrivée dans la structure de l'EMT ou dans l'établissement de santé.¹⁷
4. Encourager la prise de liquide par voie orale, si cela est approprié. En cas de situation d'urgence impliquant un grand nombre de victimes, les patients victimes de brûlures ne doivent pas recevoir systématiquement de liquide de réanimation par voie intraveineuse sur les lieux de la catastrophe.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Encourager la rééducation et la réadaptation précoces de tous les patients victimes de brûlures, avec le soutien de spécialistes.
2. Une fois les interventions chirurgicales et le traitement des plaies terminés, les spécialistes de la rééducation et de la réadaptation sont particulièrement à même pour prendre en charge les patients victimes de brûlures. Lorsqu'elles sont indiquées, la rééducation et la réadaptation, y compris les exercices actifs et passifs et le réapprentissage fonctionnel, doivent commencer le plus tôt possible au cours des soins, une fois que les fonctions vitales sont stables et que des précautions ont été prises.

Notes d'orientation

- Les lésions dues à une inhalation¹⁸ ou à la chaleur peuvent provoquer un gonflement massif au niveau des voies respiratoires supérieures ; celui-ci peut progresser pendant plusieurs heures alors qu'un remplissage vasculaire est en cours.
- Un suivi rapproché de la fonction respiratoire est indispensable car toute détérioration conduira probablement à la mise en place en urgence d'une assistance respiratoire ou à l'orientation du patient vers une structure appropriée.
- Il a été clairement démontré que la répartition des patients depuis le lieu de la catastrophe puis leur acheminement ultérieur jouent un rôle important dans l'utilisation efficace des ressources sanitaires et dans l'amélioration des résultats pour les patients lors de catastrophes responsables d'un grand nombre de blessés.

¹⁷ Hughes A, Almeland SK, Leclerc T, Ogura T, Hayashi M, Mills JA, Norton I, Potokar T. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Technical Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. *Burns*. 2021 Mar;47(2):349-370. doi: 10.1016/j.burns.2020.07.001. Epub 2020 Jul 13. PMID: 33041154; PMCID: PMC7955277.

¹⁸ Dries DJ, Endorf FW. Inhalation injury: epidemiology, pathology, treatment strategies. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med*. 2013;21:31. Published 2013 Apr 19. doi:10.1186/1757-7241-21-31

5.1.7 Fractures et blessures au niveau des membres

Les EMT assurent les soins des fractures et des lésions au niveau des membres dans la limite de leurs moyens d'action, et orientent les patients vers d'autres structures pour un diagnostic, une prise en charge ou un suivi complémentaire.

Les EMT suivent les lignes directrices cliniques appropriées¹⁹ pour la prise en charge des patients souffrant de fractures et de blessures au niveau des membres. Une prise en charge adéquate des fractures comporte un plan pour la poursuite des soins qui doit être bien compris par le patient, avec notamment, si nécessaire, un plan clair d'orientation vers une autre EMT ou par un établissement de santé local et de suivi par cette structure. Ces soins de suivi peuvent aller du simple retrait d'une attelle ou d'un plâtre au retrait de fixateurs externe, à la rééducation et la réadaptation, en passant par la pose d'une prothèse après une amputation.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Orienter les patients nécessitant une intervention chirurgicale vers une structure de Type 2 ou de Type 3 ou équivalent.
2. Prise en charge d'une fracture
 - Immobiliser la fracture dans la position qui convient, le plus souvent à l'aide d'un plâtre (traitement initial : utiliser une gouttière postérieure, et ne pas utiliser de plâtre faisant le tour complet du membre atteint).
 - Inclure une prise en charge efficace de la douleur.
 - Tout dispositif, par exemple un fixateur externe, ayant été inséré doit être retiré par la personne l'ayant mis en place ; si cela n'est pas possible, un suivi fiable devra être assuré.
3. Amputation
 - Utiliser les systèmes objectifs de scores qui permettent de prédire la probabilité de survie du membre atteint, comme le score MESS (de l'anglais Mangled Extremity Scoring System), et consigner par écrit le processus de décision.
 - Avant de pratiquer une amputation, obtenir un consentement clair et par écrit du patient et/ou de son tuteur, en prenant en compte les dimensions socioculturelles, religieuses, économiques et éthiques.
 - Les amputations ne doivent être pratiquées qu'avec une anesthésie et un traitement de la douleur adéquats, et uniquement par des chirurgiens formés et autorisés à pratiquer cette intervention dans leur pays d'exercice.
 - Il est important de conserver une longueur maximale au membre amputé et de prévoir la mise en place d'une prothèse.
4. Syndrome des loges et syndrome d'écrasement
 - Orienter le patient vers une structure chirurgicale ou l'y hospitaliser pour procéder à son traitement (aponévrotomie et/ou débridement), à la mise en place de stratégies de protection de la fonction rénale et à son observation. Une prise en charge dans une unité de soins intensifs et une hémodialyse peuvent être nécessaires (structure de Type 3 ou équivalent).

Notes d'orientation

- Dans les situations de catastrophe, la greffe osseuse et la pose de fixateurs internes ne font pas partie du traitement initial des patients souffrant de fractures ; elles ne doivent être effectuées que dans des structures appropriées (et pas dans des structures sous tente).

¹⁹ Management of Limb Injuries during disasters and conflicts; <https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications>

²⁰ Herard P, Boillot F. Amputation in emergency situations: indications, techniques and Médecins Sans Frontières France's experience in Haiti. *Int Orthop*. 2012 Oct;36(10):1979-81. doi: 10.1007/s00264-012-1552-3. Epub 2012 May 15. PMID: 22580474; PMCID: PMC3460098.

5.1.8 Lésions de la moelle épinière

Tous les types d'EMT doivent pouvoir identifier rapidement la présence d'une lésion de la colonne vertébrale, immobiliser les patients atteints et prodiguer les soins appropriés.

La prise en charge initiale des personnes qui présentent une lésion de la moelle épinière est un élément déterminant pour leur survie à long terme et leur qualité de vie. Les EMT doivent éviter toute survenue de lésions secondaires et prévenir les complications. La prise en charge des lésions de la moelle épinière doit se faire en tenant compte du contexte et des soins à long terme disponibles au niveau du pays, en particulier pour les personnes souffrant de lésions au niveau de la partie haute de la colonne vertébrale.²¹

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Chaque patient victime d'un traumatisme doit être évalué afin de rechercher la présence d'une lésion de la moelle épinière ; les patients doivent être mobilisés et transférés de manière appropriée afin d'éviter toute lésion secondaire (par exemple en faisant un « déplacement en bloc »).
2. Procéder à un examen, une analgésie et une immobilisation appropriés de la colonne vertébrale.
3. Faire en sorte que le patient ne reste pas pendant une période trop longue sur une planche de transfert dure afin de prévenir l'apparition d'escarres.
4. Assurer les soins du siège, les soins des zones de pression ainsi que la prévention d'autres complications.
5. Transférer les patients présentant une suspicion de lésion de la moelle épinière vers une structure capable de prendre en charge leur lésion de manière définitive.
6. Informer le ministère de la santé/la cellule de coordination des EMT de tous les patients présentant une suspicion de lésion de la moelle épinière en utilisant le système de notification mis en place.

²¹ Organisation mondiale de la Santé. (2017). Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258802>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5.1.9 Maladies transmissibles

Les EMT sont correctement préparées à identifier, isoler, traiter, transférer en toute sécurité et signaler les cas de maladies transmissibles tout en assurant une protection adéquate des autres patients, du personnel et de l'environnement.

Les maladies transmissibles peuvent constituer une menace sanitaire considérable pour les populations après une catastrophe ou dans d'autres situations d'urgence lorsque la densité de population est élevée. Les EMT doivent assurer la gestion clinique et les interventions de santé publique pour les patients et les communautés qu'ils desservent, et avoir une bonne connaissance des maladies transmissibles endémiques qui peuvent survenir dans le contexte dans lequel ils travaillent, les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës étant les plus fréquentes. Pour certaines maladies transmissibles particulières telles que le choléra, les infections respiratoires aiguës sévères et les fièvres hémorragiques virales, il est possible de déployer des équipes d'urgence spécialisées dans les maladies hautement infectieuses, ayant la capacité à mettre en place des systèmes appropriés de triage, de diagnostic, d'isolement, de prise en charge et d'orientation des patients, tout en appliquant des mesures appropriées de lutte anti-infectieuse.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Établir les définitions de cas à utiliser au niveau de la zone de triage, rechercher et identifier les cas potentiels de maladies transmissibles, et créer un circuit spécifique pour les patients.
2. Isoler les patients susceptibles de présenter une maladie transmissible.

Structures de Type 1 fixe, de Type 2 et de Type 3

- Elles disposent de structures permettant l'isolement des patients.
- Elles disposent d'installations pour le lavage des mains et d'installations sanitaires séparées.
- Elles ont en place un système de traitement des eaux usées à caractère infectieux.
- Elles disposent de zones séparées pour enfiler (à l'entrée) et retirer (à la sortie) les équipements de protection individuelle (EPI).

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles prennent en charge les cas de maladies transmissibles qui doivent être hospitalisés.
 - Elles mettent à disposition des capacités d'hospitalisation séparées avec un accès propre aux installations d'hygiène telles que les toilettes et les douches pour les patients en isolement.
 - Elles orientent les patients vers les structures où ils pourront recevoir d'autres traitements si nécessaire.
3. Établir régulièrement des rapports en utilisant l'ensemble minimum de données ou le modèle défini avec les autorités sanitaires. La gestion des données nécessitera des moyens suffisants qui ne doivent pas être sous-estimés.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Effectuer des tests de diagnostic rapide s'ils sont disponibles.
2. Établir des liens fonctionnels avec les autres ressources et capacités existantes et disponibles en matière de santé publique.

Notes d'orientation

- Les EMT peuvent effectuer les prélèvements d'échantillons, à condition de disposer des EPI et autres équipements adaptés et d'avoir reçu une formation adéquate. Les échantillons peuvent ensuite être transférés vers un laboratoire extérieur, en utilisant les mesures de protection nécessaires. Toutefois, certaines flambées épidémiques ne peuvent être confirmées que par des analyses de laboratoire. En définissant clairement des seuils d'alerte et de présence d'une flambée épidémique, il est possible de prendre des mesures immédiates lorsqu'une telle situation est suspectée.
- Les équipes de Type 1 ont souvent recours à des zones d'isolement, en utilisant une tente supplémentaire plus petite à montage rapide, conçue de manière très simple : des zones séparées pour enfiler (à l'entrée) et retirer (à la sortie) les EPI, des installations de lavage des mains, un traitement des eaux usées à caractère infectieux, et des installations sanitaires séparées.
- Les EMT ayant des capacités d'hospitalisation et qui prennent en charge des cas complexes, comme les structures de grande taille, doivent regrouper les cas confirmés.
- Les zones d'isolement des EMT doivent parfois être agrandies lorsqu'une flambée épidémique gagne en ampleur, par exemple en cas d'inondation accompagnée d'une flambée de maladies diarrhéiques.



5.1.10 Maladies non transmissibles

Les EMT sont correctement équipées pour identifier et prendre en charge les patients atteints de maladies non transmissibles hospitalisés dans leurs structures, tout en assurant une orientation efficace des patients dans le cadre de la continuité des soins.

Les maladies non transmissibles constituent une menace importante pour la population en cas de situation d'urgence. Les principales maladies non transmissibles sont les maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers, les maladies pulmonaires, l'asthme, l'insuffisance rénale nécessitant une dialyse, l'obésité, l'épilepsie et la dépression.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Traiter les patients qui présentent des symptômes graves ou potentiellement mortels de leur maladie non transmissible,²² y compris les patients qui présentent ou risquent de présenter une exacerbation ou une complication aiguë de leur pathologie, des souffrances physiques importantes, et ceux pour qui une interruption de traitement pourrait mettre leur vie en danger. Les structures de Type 2 et de Type 3 assurent des soins intensifs de base et des soins intensifs avancés en milieu hospitalier pour traiter les patients qui présentent une exacerbation aiguë de leur maladie chronique. En l'absence de soins appropriés, proposer des soins palliatifs et des soins de soutien.^{23, 24}
2. Fournir les soins de base des maladies non transmissibles en ambulatoire pour les cas d'exacerbations mineures.
3. Veiller, quand cela est possible, à ce que les patients soient informés et sensibilisés au sujet de leur maladie.
4. Utiliser les directives nationales en matière de traitement, lorsque celles-ci sont disponibles.
5. Une continuité de traitement d'au moins deux semaines doit être assurée pour aider les patients à prendre en charge leur maladie chronique.
6. Orienter les patients souffrant d'une maladie non transmissible vers des structures sanitaires de niveau supérieur ou spécialisées, et/ou mettre ces patients en contact avec les agents de santé déjà en place et capables de prendre en charge leur maladie.

²² World Health Organization. [2016]. Noncommunicable diseases in emergencies. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204627>

²³ World Health Organization. [2018]. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

²⁴ Le manuel Sphère 2018 (<https://spherestandards.org/handbook-2018/>).

5.1.11 Santé reproductive, et santé de la mère et du nouveau-né

Lors de tous leurs déploiements, les EMT fournissent des soins de santé reproductive ainsi que des soins de santé de la mère et du nouveau-né adéquats et respectueux.²⁵

Dans ce contexte, la santé de la mère fait référence à des soins organisés pour toutes les femmes et prodigués à toutes les femmes dans le respect de leur dignité, de leur vie privée et de la confidentialité, qui garantissent l'absence de préjudice et de maltraitance, et permettent un choix éclairé tout en bénéficiant d'un soutien continu pendant la grossesse, le travail, l'accouchement et la période post-partum immédiate.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence de base

- Assurer une prise en charge de tout accouchement normal sans complication (niveau de soins : sage-femme). Des sages-femmes et des médecins expérimentés en matière de santé de la mère et de l'enfant doivent faire partie intégrante de chaque équipe.
- Transférer les cas maternels compliqués (voir le chapitre sur les orientations) vers des structures de Type 2 ou de Type 3 ou équivalent pour des soins obstétricaux et néonataux d'urgence complets.
- Réserver une zone où l'intimité peut être préservée pour assurer la stabilisation, l'accouchement (si nécessaire) ou la protection des patientes. Cette zone doit répondre à des critères minimums en matière d'intimité, de protection, de température, de lumière, d'espace et d'accès aux équipements et aux fournitures.
- Consigner le déroulement du travail et les soins en général, par exemple en utilisant le partogramme de l'OMS. Les EMT enregistrent les naissances conformément au protocole national en vigueur et remettent à la mère au minimum un formulaire de notification de la naissance.
- Être en mesure d'administrer par voie parentérale des antibiotiques, des utérotoniques et un traitement contre l'éclampsie, et de pratiquer les gestes élémentaires de réanimation de la mère et du nouveau-né.
- Soutenir l'hébergement conjoint de la mère et du nouveau-né ainsi que l'allaitement maternel immédiatement après la naissance.

²⁵ Organisation mondiale de la Santé. (2022). Normes et recommandations techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour les équipes médicales d'urgence. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363876>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

2. Soins obstétricaux et soins néonataux d'urgence complets

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles réalisent les accouchements assistés par voie vaginale et les césariennes, l'extraction manuelle du placenta, et la prise en charge (médicale ou chirurgicale) des avortements incomplets.
- Elles prennent en charge les complications obstétricales courantes : pré-éclampsie, éclampsie, grossesse multiple, présentation anormale, position anormale, réparation du périnée, état septique, hémorragie de la période ante-partum, hémorragie du post-partum, réanimation du nouveau-né, et prise en charge des complications des personnes ayant subi des mutilations génitales. Les structures de Type 3 peuvent prendre en charge l'ensemble des complications obstétricales majeures.
- Elles disposent d'une zone d'hospitalisation prénatale et postnatale, d'une zone pour les soins prénatals en ambulatoire ainsi que d'une zone au sein de l'EMT où l'intimité peut être préservée qui sera dédiée aux soins de maternité, et située à proximité du bloc opératoire et du service de pédiatrie, avec un lit d'accouchement réservé à la maternité. Ces zones doivent répondre à des critères minimums en matière d'intimité, de protection, de température, de lumière, d'espace et d'accès aux équipements et aux fournitures.

Structures de Type 3

- Elles proposent des soins intensifs pour les mères et pour les nouveau-nés, ainsi qu'une unité de soins intensifs capable de prendre en charge les patients (mères et nouveau-nés), disposant notamment d'une climatisation appropriée, avec la possibilité d'isoler une zone et d'y faire régner le calme et l'obscurité pour prendre en charge les cas d'éclampsie sévère, ainsi que d'une infirmière spécialisée dans les soins aux nouveau-nés ou aux enfants au sein de l'équipe.
- Un spécialiste en obstétrique et deux sages-femmes font également partie de l'équipe.

3. Soins aux victimes d'une agression sexuelle

- Proposer ou assurer un accès à une contraception d'urgence dans toute la mesure permise par la loi dans le contexte où intervient l'équipe.
- Fournir une prophylaxie post-exposition au VIH (PEP) et une vaccination contre le tétanos.²⁶
- Connaître les services existants en matière de protection, notamment en ce qui concerne la violence sexuelle et sexiste. L'ensemble du personnel a reçu une formation de sensibilisation à cette forme de violence.

²⁶ World Health Organization. [2021]. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach, 2021 update. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Prendre en compte la possibilité de devoir assurer une prise en charge prolongée, car le travail peut se déclencher à tout moment et se prolonger au-delà des heures de service de matin au soir (structure de Type 1 fixe).
2. Les EMT disposant des compétences et des capacités appropriées sont encouragées à inclure les services suivants aux services proposés au niveau des structures de Type 1 : réparation simple du périnée, aspiration manuelle, extraction manuelle du placenta, et accouchement assisté par voie vaginale.
3. Compétences et équipement pour la réalisation d'échographies.
4. Fournir une table de réanimation néonatale chauffante.
5. Envisager de fournir des contraceptifs de quelque forme que ce soit, si cela est autorisé dans le pays. Si ceux-ci ne peuvent pas être fournis par les EMT, orienter les patients vers les services de planification familiale appropriés les plus proches.
6. Fournir des méthodes contraceptives de longue durée d'action et réversibles, y compris des dispositifs intra-utérins, si ces méthodes sont habituellement disponibles dans la zone de déploiement, en particulier dans le cas des EMT qui travaillent au-delà de la phase d'urgence initiale.
7. S'il est admis qu'un chirurgien général formé et expérimenté dans la réalisation de césariennes fasse partie de l'équipe, il est fortement recommandé que les EMT de Type 2 comprennent également un spécialiste en obstétrique et deux sages-femmes.

Notes d'orientation

- Élaborer des modes opératoires normalisés pour les pathologies les moins connues de l'équipe, et veiller à ce que des documents de référence adéquats soient disponibles pour l'équipe clinique, notamment en ce qui concerne le soutien aux victimes de violences sexuelles et sexistes.

5.1.12 Santé de l'enfant

Les EMT sont en mesure de fournir des soins néonataux et des soins pédiatriques complets dans le but de réduire la morbidité et la mortalité infantiles en agissant sur les principales causes de maladies ayant un impact sur la santé des enfants dans les situations d'urgence.

Les EMT doivent être dotées de ressources suffisantes et de l'expertise technique clinique requise pour prodiguer les soins essentiels d'urgence et les soins de stabilisation des traumatismes aux nouveau-nés et aux enfants, ainsi que de la capacité à prendre en charge les maladies infantiles courantes transmissibles et non transmissibles. Les EMT doivent être capables de faire face aux principales causes de décès chez l'enfant, notamment la prématurité et les complications inhérentes à l'accouchement (c'est-à-dire l'hypoxie à la naissance), les pneumonies, les maladies diarrhéiques et le paludisme.²⁷

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Soins pédiatriques

- Assurer les soins d'urgence de base et la stabilisation des traumatismes, les soins essentiels aux nouveau-nés, les soins pédiatriques ambulatoires, le dépistage et l'isolement des cas de maladies transmissibles, et la prise en charge de base des maladies non transmissibles.
- Fournir la vaccination contre le tétanos ; cependant, les programmes de vaccination systématique ne font pas partie des fonctions des EMT.
- Procéder à un dépistage de la malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois en utilisant le périmètre brachial à mi-hauteur, et mettre en place un traitement ambulatoire pour les cas non compliqués.
- Utiliser un système approprié pour consigner les informations cliniques, en séparant les observations pédiatriques, les informations concernant l'équilibre hydrique et les informations concernant la prise en charge de la douleur. Une attention particulière doit être accordée à la vaccination, à l'état nutritionnel et au poids.
- Prévoir un stock suffisant d'équipements, de consommables et de produits pharmaceutiques essentiels pour les nouveau-nés et les enfants pour une période minimale de 14 jours.

Structures de Type 2

- L'EMT doit être dotée d'au moins une personne ayant une expérience en pédiatrie ainsi que d'infirmier(ère)s spécialisé(e)s en pédiatrie, et d'un chirurgien et d'un anesthésiste ayant une expérience dans la prise en charge des enfants, afin d'être en mesure de réaliser des anesthésies, des interventions chirurgicales, des soins périopératoires et des soins médicaux chez les enfants.

Structures de Type 3

- Elles intègrent un(e) infirmier(ère) spécialisé(e) en soins néonataux, et prennent en charge les patients (nouveau-nés et enfants) ayant besoin de soins intensifs.

²⁷ Organisation mondiale de la Santé. (2022). Normes et recommandations techniques minimales pour les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant pour les équipes médicales d'urgence. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/363876>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

2. Protection de l'enfance

- Veiller à ce que le personnel reçoive la formation requise pour être en mesure d'identifier les problèmes de protection de l'enfance et de répondre à ces problèmes conformément à la politique interne de protection de l'enfance.
- Nommer au sein de l'équipe un point focal pour la protection de l'enfance disposant d'une formation et d'une expérience complémentaires dans ce domaine.
- Veiller à ce que, tout au long du processus de soins cliniques, le nouveau-né ou l'enfant ne soit pas séparé de son parent ou de la personne qui en a la charge.
- Mettre en place un système d'enregistrement et une procédure agréée pour recenser tous les mineurs non accompagnés présents dans la structure sanitaire.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Le personnel clinique a de l'expérience en matière de soins néonataux, de pédiatrie clinique ainsi que dans la prise en charge des urgences et des traumatismes, les soins des plaies, la nutrition, la gestion de la balance hydrique et des électrolytes, la sédation consciente, la prise en charge de la douleur et le dosage des médicaments chez l'enfant.
2. Proposer une formation aux soins de l'enfant qui puisse être adaptée aux besoins.
3. Mettre en place un espace identifié et encadré pour les mineurs non accompagnés.
4. Prévoir des stations de lavage des mains et des latrines adaptées aux enfants.
5. Tout le personnel doit signer la politique de protection de l'enfance.
6. Mettre en place un système permettant de répertorier et de signaler les blessures inexplicables chez l'enfant, incluant notamment une cartographie du corps de l'enfant. Conserver les documents dans un endroit sûr et fermé à clé, et respecter les mécanismes de signalement en place dans le pays.

Structures de Type 3

- Elles comprennent un médecin urgentiste spécialisé en pédiatrie, un chirurgien pédiatrique, un anesthésiste pédiatrique et un(e) infirmier(ère) ayant une expérience des soins intensifs pour les nouveau-nés.
- Elles font en sorte que le personnel maîtrise les procédures telles que l'oxygénothérapie, la mise en place de voies veineuses à demeure, de perfusions intra-osseuses, de drains thoraciques, de cathéters urinaires et les soins connexes, la gestion de la balance hydrique et en électrolytes, les ponctions vésicales, les ponctions lombaires, les ponctions d'ascite, la nébulisation et la ventilation non invasive chez l'enfant.

5.1.13 Analgésie et anesthésie

Les EMT assurent une prise en charge adéquate de la douleur de leurs patients. Cette prise en charge comprend l'anesthésie générale des patients victimes de traumatismes et en attente d'un transfert vers des niveaux de soins plus élevés, l'anesthésie interventionnelle et l'anesthésie périopératoire.

Le traitement de la douleur fait partie des droits fondamentaux de tout être humain. Les EMT doivent être en mesure de prendre en charge les douleurs aiguës et de respecter les normes minimales.²⁸ Il s'agit notamment de prendre en considération la possibilité de recourir à une approche plurimodulaire et de disposer d'un éventail d'options de traitement et de produits pharmaceutiques. La réalisation de procédures particulières, comme l'anesthésie régionale, permet également d'anesthésier en toute sécurité des patients dans les situations où les ressources sont limitées. Les structures de Type 2 et de Type 3 doivent obligatoirement être en mesure de pratiquer en toute sécurité des anesthésies générales. Le choix de la méthode d'anesthésie dépend de la nature et de l'importance de l'intervention chirurgicale à réaliser.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. L'EMT dispose d'un anesthésiste autorisé à pratiquer des anesthésies, formé et expérimenté pour travailler dans des environnements où les ressources sont limitées.
2. Les informations consignées pour chaque patient doivent comprendre les antécédents pertinents, l'examen clinique et le consentement, ainsi que l'évolution et le suivi prévus.
3. Assurer la sécurité et le confort du patient pendant toute la durée de l'intervention chirurgicale.
4. Traitement de la douleur
 - Réaliser une anesthésie locale pour les interventions, et une analgésie pour le contrôle de la douleur.
 - Évaluer la douleur à l'arrivée du patient et de façon régulière pendant son séjour, en administrant des médicaments de puissance croissante lorsque l'effet n'est pas suffisant.
 - Fournir au patient des médicaments contre la douleur en fonction des indications, et lui indiquer les modalités des soins de suivi.
5. Sédation procédurale dans les structures de Type 2 et de Type 3
 - Utiliser un sédatif pour provoquer chez le patient un état lui permettant de tolérer des interventions inconfortables (de courte durée). Cette méthode permet de conserver les réflexes des voies respiratoires, la commande respiratoire et les fonctions cardiovasculaires.
 - Elle nécessite une sélection minutieuse des patients, du personnel et des équipements ainsi qu'une surveillance péri- et post-intervention.

²⁸ Gelb AW, Morriss WW, Johnson W, Merry AF; International Standards for a Safe Practice of Anesthesia Workgroup. World Health Organization-World Federation of Societies of Anaesthesiologists (WHO-WFSA) International Standards for a Safe Practice of Anesthesia. *Can J Anaesth*. 2018 Jun;65(6):698-708. English. doi: 10.1007/s12630-018-1111-5. Epub 2018 May 7. PMID: 29736769

6. Anesthésie.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles sont en mesure de pratiquer en toute sécurité une anesthésie régionale, une rachianesthésie et une anesthésie générale chez l'enfant et chez l'adulte.
- Elles consignent et mettent en œuvre les procédures telles que l'évaluation préopératoire, le plan d'anesthésie, le consentement et les vérifications systématiques juste avant la réalisation d'une intervention.
- Elles disposent d'une zone de réveil dédiée à proximité du bloc opératoire avec un ratio infirmier(ère) affecté(e) spécifiquement aux soins postopératoires/patient de 1 : 2, ainsi que les équipements de surveillance.
- Du matériel de réanimation est installé dans la salle d'opération et dans la zone de réveil.
- Elles fournissent les médicaments, le matériel et le personnel formé pour effectuer une réanimation en cas de complication due à l'anesthésie.
- Elles disposent du nécessaire pour administrer un supplément d'oxygène, pour réaliser une aspiration et une surveillance de base des signes vitaux, ainsi que d'un accès à un défibrillateur dans le bloc opératoire et à un détecteur de dioxyde de carbone (CO₂).
- Elles possèdent un stock d'accessoires de base pour réaliser une assistance respiratoire ainsi que de ballons de ventilation autogonflants pour adulte et pour enfant.
- Elles assurent une prise en charge périopératoire comprenant une prise en charge de la douleur et une unité de soins post-anesthésiques dotée du personnel et des équipements post-opératoires appropriés.

Structures de Type 3

- Elles fournissent des ventilateurs, des défibrillateurs, des pousse-seringue, des réchauffeurs de sang et des neurostimulateurs et des échographes.
- Elles assurent une surveillance avancée, notamment une surveillance cardiaque et de la concentration en CO₂ en fin d'expiration (ETCO₂).
- Elles disposent des capacités à assurer une prise en charge périopératoire comprenant une prise en charge de la douleur et une unité de soins post-anesthésiques dotée du personnel et des équipements correspondant à un niveau d'unité de soins intensifs.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

- ⚠ • Un ratio minimum anesthésiste-table d'opération de 2 : 1
- ⚠ • Un ratio minimum anesthésiste-chirurgien de 1 : 1
- ⚠ • Un ratio minimum chirurgien-table d'opération de 2 : 1

Notes d'orientation

- Si l'équipe dispose de l'expertise technique, de la capacité à surveiller les patients et de la capacité à neutraliser et à traiter les effets secondaires éventuels, l'utilisation de la sédation-analgésie procédurale peut être acceptable dans les structures de Type 1 fixe.

5.1.14 Soins intensifs

Les structures de Type 3 prodiguent des soins intensifs pour les patients dont le pronostic vital est engagé et qui nécessitent des soins complets, une surveillance et/ou une ventilation artificielle.

Dans le cadre d'une situation d'urgence de grande ampleur, le recours aux soins intensifs peut prêter à controverse et doit se faire en tenant compte des normes sociales et des capacités préexistantes. Les activités de soins intensifs au sein d'une EMT doivent toujours être égales à celles menées au niveau d'un centre de référence tertiaire et tendre à reproduire le niveau de soins disponible dans les hôpitaux tertiaires du pays.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Considérations relatives aux soins intensifs
 - Adapter les normes en matière de soins au contexte de la situation d'urgence.
 - Assurer des soins cliniques et une surveillance continue des patients 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.
 - Prendre en compte les besoins nutritionnels des patients (alimentation par voie entérale).
2. Dotation en personnel
 - Ratio infirmier(ère)-patient de 1 : 2 par équipe en rotation, infirmier(ère)s formé(e)s en soins intensifs et expérimenté(e)s.
 - Équipe multidisciplinaire comprenant du personnel compétent pour les soins intensifs et des spécialistes de la rééducation/réadaptation.
3. Exigences techniques
 - Disponibilité d'au minimum quatre lits de soins intensifs et d'une couveuse.
 - Maintenir les fonctions de base du patient, telles que son hydratation, son état nutritionnel et son hygiène, assurer sa mobilisation précoce, faciliter la communication avec lui, et assurer la prévention des contractures (kinésithérapie), des thromboses, des escarres et des inhalations pulmonaires.
 - Prendre en charge les problèmes d'instabilité hémodynamique et les syndromes de choc, quelle qu'en soit l'origine, par exemple par une gestion sûre de la balance hydrique ainsi que par l'administration de médicaments spécifiques et par des transfusions sanguines.
 - Soutenir/remplacer la fonction défaillante d'un organe, par exemple en mettant en place une ventilation artificielle.
4. Considérations éthiques
 - Établir des procédures de triage (orientation/hospitalisation) et des critères d'exclusion. Définir clairement une stratégie de sortie pour chaque hospitalisation.
 - Adapter les normes de traitement aux situations d'urgence, en trouvant un équilibre entre la charge de travail, le pronostic des patients et les ressources disponibles.
 - Disposer de critères clairs de sortie des soins intensifs.
 - Mettre en place des limites pour les décisions relatives aux soins, en identifiant les cas où un transfert doit être réalisé ou en envisageant la fin du traitement et le recours à des soins palliatifs, lorsque cela est nécessaire. Ces décisions doivent être prises en associant des spécialistes de différentes disciplines et éventuellement en lien avec le comité d'éthique.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

- ⚠ 1. Envisager de disposer d'un anesthésiste supplémentaire en plus de ceux affectés à la salle d'opération (structures de Type 3).

5.1.15 Prise en charge chirurgicale et périopératoire

Les EMT assurent des soins chirurgicaux sûrs dans les limites de l'éventail des services attendus en fonction de leur type. Elles font partie d'un système d'orientation des patients permettant à ceux-ci de bénéficier des interventions qu'elles ne sont pas en mesure de réaliser.

Les structures de Type 2 et de Type 3 offrent une capacité/des moyens d'action pour réaliser des interventions chirurgicales avec les ressources et la planification nécessaires permettant l'obtention des meilleurs résultats possibles pour les patients. Elles tiennent un registre de l'ensemble des interventions chirurgicales réalisées par l'EMT, en consignait suffisamment d'informations pour se conformer aux mécanismes prévus pour la préparation des rapports (ensemble minimum de données ou tout autre modèle établi avec les autorités sanitaires).

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Sécurité chirurgicale

- Respecter et attester de l'utilisation de la Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale,²⁹ modifiée en fonction de la situation de catastrophe rencontrée et du contexte local.
- Utiliser des modes d'enregistrement détaillés des informations cliniques, par exemple le formulaire d'évaluation préopératoire, dans tous les dossiers des patients, incluant le comptage de certains éléments de matériel comme les compresses et les matériels et matériaux piquants ou coupants, la feuille d'anesthésie, la feuille d'opération ainsi que le plan de rééducation et de réadaptation postopératoire.
- Faire en sorte que le personnel soit formé et autorisé à réaliser chaque type de procédure qu'il effectue, et qu'il ait l'expérience des pathologies et des difficultés rencontrées dans les situations de catastrophe, qui nécessitent de recourir à de multiples protocoles de traitement.

2. Soins préopératoires et soins postopératoires

- S'assurer qu'un consentement éclairé est obtenu pour chaque intervention chirurgicale. Celui-ci doit être conforme à la culture et au contexte local, et rédigé dans la langue parlée par le patient.
- Élaborer des modes opératoires normalisés applicables lorsque les patients ne peuvent pas donner leur consentement et qu'aucun proche n'est disponible.
- Consigner le consentement et toutes les procédures opératoires dans le dossier du patient, ainsi qu'une brève description du plan de traitement en cours afin d'informer les autres équipes soignantes ou les futurs aidants du patient.^{30,31,32,33}
- Préparer le champ opératoire (doucher la zone à préparer ; ne pas utiliser de rasoir, mais les poils ou cheveux peuvent être retirés avec des ciseaux).

²⁹ L'Organisation mondiale de la santé (OMS); Liste de contrôle de la sécurité chirurgicale; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44232/9789242598599_fre_checklist.pdf

³⁰ Knowlton LM, Gosney JE, Chackungal S, Altschuler E, Black L, Burkle FM, Jr., et al. Consensus statements regarding the multidisciplinary care of limb amputation patients in disasters or humanitarian emergencies: report of the 2011 Humanitarian Action Summit Surgical Working Group on amputations following disasters or conflict. *Prehosp Disaster Med*, 26, United States 2011. p. 438–48.

³¹ Herard P, Boillot F. Amputation in emergency situations: indications, techniques and Medecins Sans Frontieres France's experience in Haiti. *Int Orthop*. 2012;36(10):1979–81. Epub 2012/05/15. doi: 10.1007/s00264-012-1552-3. PubMed PMID: 22580474.

³² Organisation mondiale de la Santé. Best Practice Guidelines on Emergency Surgical Care Best Practice Guidelines on Emergency Surgical Care in Disaster Situations in Disaster Situations. Geneva, 2005; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/service-delivery/emergency-and-essential-surgical-care/best-practiceguidelinesonescindisasters.pdf?sfvrsn=ab8528ef_2&download=true

³³ Chackungal S, Nickerson JW, Knowlton LM, Black L, Burkle FM, Casey K, et al. Best practice guidelines on surgical response in disasters and humanitarian emergencies: report of the 2011 Humanitarian Action Summit Working Group on Surgical Issues within the Humanitarian Space. *Prehosp Disaster Med*, 26, United States 2011. p. 429–37.

- Le patient doit rester dans la zone de réveil jusqu'à ce qu'il soit bien réveillé et que l'anesthésiste ait donné son accord pour son départ.
 - Remettre un plan de convalescence et de rééducation/réadaptation postopératoire pour le patient et pour le personnel.
 - Mettre en place un système permettant de consigner et d'évaluer les complications périopératoires.
3. Capacité et moyens d'action
- Faire en sorte que des équipements dédiés soient disponibles, notamment une table d'opération avec un système de prévention/protection des points de pression, des jeux d'instruments chirurgicaux, et un système d'éclairage suffisamment puissant pour visualiser les organes intra-abdominaux profonds.

Structures de Type 1 mobile et de Type 1 fixe

- Elles réalisent des interventions mineures en ambulatoire en respectant les normes de stérilité et en pratiquant une analgésie/anesthésie locale.

Structures de Type 2

- Elles réalisent des interventions de chirurgie générale d'urgence telles que la laparotomie, des interventions de chirurgie orthopédique (mise en place de tractions et de fixateurs externes, amputations), la mise en place de drains thoraciques et le débridement chirurgical.
- Elles réalisent au moins sept interventions chirurgicales majeures ou 15 interventions chirurgicales mineures par jour (chez des enfants et des adultes).
- Elles disposent d'au moins une table chirurgicale et d'au moins cinq assistants techniques de salle d'opération [infirmier(ère)s ou équivalents].
- Chaque table de salle d'opération supplémentaire implique de disposer de 20 lits d'hospitalisation supplémentaires, afin d'avoir une capacité postopératoire suffisante.

Structures de Type 3

- Elles réalisent des soins spécialisés de traumatologie et des soins de chirurgie reconstructive avancée, des soins des plaies et des traitements des fractures (chirurgie orthoplastique, reconstruction maxillo-faciale).
- Elles disposent d'au moins deux tables d'opération.
- Elles sont en mesure de réaliser au moins 15 interventions chirurgicales majeures ou 30 interventions chirurgicales mineures par jour.
- Elles assurent le contrôle de l'air (filtre G4 pour particules de 10 microns).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Mettre en place un système de planification quotidienne approprié afin de prendre en compte les cas d'urgence.
2. Réduire au minimum les mouvements vers la salle d'opération afin de limiter les turbulences de l'air et les risques d'infection.
3. Organiser l'accès à la salle d'opération selon une circulation unidirectionnelle, et le réserver au personnel essentiel.

4. Maintenir la température de la salle d'opération entre 21 et 24 °C pour éviter une hypothermie chez les patients (incidence plus élevée chez les enfants).
5. Fournir les consommables pour les interventions chirurgicales et les équipements de protection du personnel pour au moins 200 cas.
6. Le matériel pour réaliser une électrocautérisation est disponible.

Notes d'orientation

- Dans de nombreux pays, les diplômes des techniciens en anesthésie ne sont pas reconnus. Pendant leur déploiement, ils doivent donc travailler sous la responsabilité d'un anesthésiste dûment autorisé.
- Les interventions chirurgicales mineures peuvent être réalisées de manière acceptable sous anesthésie locale. Il en va de même pour les interventions superficielles ne concernant pas les fonctions vitales, comme les excisions cutanées. Ces interventions ne nécessitent généralement pas d'hospitalisation.
- Une intervention chirurgicale majeure est définie comme une intervention qui nécessite habituellement une anesthésie générale et une hospitalisation, par exemple une laparotomie ou la pose de fixateurs externes.



5.1.16 Malnutrition

Les EMT effectuent un dépistage de la malnutrition chez les enfants âgés de 6 à 59 mois au cours de leur premier contact avec les enfants et de leur évaluation de triage ; elles fournissent alors le traitement initial et orientent si nécessaire les enfants vers la structure appropriée.

Lorsqu'un patient a été identifié comme souffrant d'une malnutrition aiguë modérée ou d'une malnutrition aiguë sévère avec une complication médicale précise, un traitement doit être mis en route et, dans la mesure du possible, cet enfant doit être orienté immédiatement vers un service local de soutien nutritionnel identifié et approuvé, disposant de l'expertise technique nécessaire pour la prise en charge de tels cas.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Dépistage

- Utiliser la mesure de la circonférence du périmètre brachial à mi-hauteur comme indicateur de l'état nutritionnel des enfants âgés de 6 à 59 mois dans les contextes d'urgence, et se référer au rapport poids/taille pour les enfants âgés de moins de 6 mois.³⁵

2. Prise en charge et suivi en ambulatoire

- Procéder à une évaluation des enfants identifiés comme souffrant d'une malnutrition aiguë modérée ou sévère en réalisant un examen clinique complet afin de déterminer s'ils présentent des complications médicales et s'ils ont de l'appétit.³⁶

3. Traitement, prise en charge en hospitalisation et orientation vers les structures appropriées

- Traiter et suivre comme des cas nécessitant une hospitalisation les enfants qui présentent des complications médicales, des œdèmes sévères, un manque d'appétit ou un ou plusieurs signes de danger de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME)³⁷.
- Orienter tout patient identifié comme souffrant d'une malnutrition aiguë modérée ou sévère vers un service local de soutien nutritionnel identifié et approuvé, disposant de l'expertise technique nécessaire pour la prise en charge de tels cas. Si un tel service n'est pas disponible :

Structures de Type 1

- Elles assurent le traitement initial avec des quantités limitées d'aliments thérapeutiques.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles disposent de l'expérience et des équipements nécessaires pour assurer la stabilisation et la prise en charge clinique jusqu'à ce qu'une option d'orientation vers un service plus adapté soit identifiée.
- Elles suivent les lignes directrices des meilleures pratiques en matière de soins, en respectant les impératifs relatifs à la gestion des soins cliniques, notamment en ce qui concerne l'administration de liquides par voie intraveineuse et la gestion de la réhydratation.^{38,39}

³⁴ World Health Organization; Geneva (2013) Guideline: Updates on the management of severe acute malnutrition in infants and children. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506328>

³⁵ Organisation mondiale de la Santé; Malnutrition aiguë sévère; https://apps.who.int/nutrition/topics/severe_malnutrition/fr/index.html

³⁶ USAID; Fanta Project; <https://www.fantaproject.org/sites/default/files/resources/Appetite-Test-NACS-Module%204-Mar2017.pdf>

³⁷ World Health Organization. (2014). Integrated Management of Childhood Illness: distance learning course. Module 1; World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/104772>

³⁸ Organisation mondiale de la Santé; e-Library of Evidence for Nutrition Actions; https://apps.who.int/nutrition/topics/elena_video/en/index.html#

³⁹ World Health Organization. (2014). Integrated Management of Childhood Illness: distance learning course. Module 4; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/104772/9789241506823_Module-4_eng.pdf?sequence=6

- Elles transfèrent les enfants initialement hospitalisés pour une malnutrition aiguë sévère vers un service de soins en ambulatoire lorsque leurs complications médicales, y compris les œdèmes, se résorbent, qu'ils ont bon appétit et qu'ils sont cliniquement bien portants et alertes.
- La décision de transférer un enfant des soins en hospitalisation vers un service de soins en ambulatoire doit être prise en fonction de son état clinique et non sur la base de résultats anthropométriques particuliers tels que la mesure de son périmètre brachial à mi-hauteur ou de son rapport poids/taille ou longueur.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Prendre en compte la formation reçue en matière de nutrition et de prise en charge clinique de la malnutrition pour adapter et mettre en œuvre les compétences techniques aux conditions austères d'une situation d'urgence et au contexte.
2. Après sortie de l'hôpital des enfants qui étaient atteints d'une malnutrition aiguë sévère, assurer un suivi régulier afin d'éviter une rechute.

Notes d'orientation

- Être vigilant sur les questions de protection de l'enfance et être en mesure d'y répondre. Des mécanismes efficaces de protection des enfants doivent être mis en place pour faciliter le respect des meilleures pratiques.⁴⁰
- Être conscient que les risques sont plus élevés en cas d'association de la malnutrition avec des maladies transmissibles telles que la rougeole, l'infection à VIH et/ou la tuberculose. Chez les adultes qui présentent une malnutrition extrême, cette malnutrition est souvent associée à une maladie sous-jacente, comme le sida ou la tuberculose.
- La détection d'œdèmes bilatéraux prenant le godet est un indicateur de malnutrition aiguë sévère (œdème léger : œdème au niveau des deux pieds/chevilles ; œdème modéré : œdème au niveau des pieds et du bas des jambes/des mains et des avant-bras ; œdème sévère : œdème généralisé, au niveau des pieds, des jambes, des mains, des bras et du visage).⁴¹

⁴⁰ UNICEF; Protection de l'enfance; <https://www.unicef.org/fr/protection-de-lenfance>

⁴¹ Organisation mondiale de la Santé; Malnutrition aiguë sévère; https://apps.who.int/nutrition/topics/severe_malnutrition/fr/index.html

5.1.17 Soins palliatifs

Les EMT fournissent des soins palliatifs et des soins de fin de vie qui soulagent la douleur et les souffrances des patients tout en optimisant leur confort, leur dignité et leur qualité de vie, et qui apportent un soutien aux membres de leur famille.

Les EMT doivent se concentrer non seulement sur le traitement des blessures et des maladies aiguës ainsi que sur le soulagement des symptômes, mais aussi sur la continuité des soins pour les personnes souffrant de maladies chroniques et sur le confort et la dignité des patients dont la survie est incertaine. Les soins palliatifs consistent en la prévention et le soulagement des souffrances et de la détresse associées à des soins de fin de vie. Ils comprennent l'identification, l'évaluation et la prise en charge de la douleur ainsi que des autres besoins physiques, psychosociaux et spirituels. Ils intègrent une prise en charge physiologique, psychologique et spirituelle basée uniquement sur la demande du patient ou de sa famille, et comprennent des systèmes de soutien pour aider les patients, les familles et les aidants. Ces soins de fin de vie doivent être dispensés, quelle que soit la cause.⁴²

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Considérations relatives aux soins intensifs
 - Reconnaître et respecter les modes locaux de prise de décisions médicales ainsi que les valeurs locales concernant la maladie, la souffrance, l'agonie et la mort.
 - Prévoir des soins palliatifs pour les situations en rapport avec la catastrophe et pour les situations en rapport avec des pathologies chroniques qui auraient pu s'aggraver.
 - Élaborer des lignes directrices et des procédures internes pour favoriser la cohérence des soins palliatifs.
 - Fournir des informations objectives, et respecter les demandes et les attentes des patients ainsi que celles émanant de leurs proches. Un plan de soins doit être convenu, et sera fondé sur les préférences du patient. Le patient a accès à des services de santé mentale et à un soutien psychosocial.
 - Former le personnel à la prestation de soins palliatifs, notamment au soulagement de la douleur et des symptômes, à la prise en charge des troubles de la santé mentale et au soutien psychosocial.
2. Soins palliatifs initiaux avec orientation
 - Prise en charge de la douleur, y compris à l'aide de l'administration d'opioïdes conformément à la réglementation locale en vigueur, conseils au patient et à sa famille dans le respect des spécificités culturelles, et traitement continu en ambulatoire.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles soulagent les symptômes, par exemple en pratiquant une ponction péritonéale, réalisent des soins chirurgicaux palliatifs et apportent un soutien aux personnes en fin de vie.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Établir des contacts et travailler avec les organisations et les réseaux existants/locaux de soins communautaires qui assurent des soins à domicile ou une prise en charge au niveau de la communauté.
2. Aménager un endroit où le patient en fin de vie pourra bénéficier de tout le confort possible.
3. Promouvoir les pratiques d'enterrement sécurisé et digne en collaboration avec la communauté locale, conformément aux orientations nationales ou internationales.

⁴² World Health Organization. [2018]. Integrating palliative care and symptom relief into responses to humanitarian emergencies and crises: a WHO guide. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274565>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5.1.18 Rééducation et réadaptation

Les EMT fournissent, en fonction de leur type, des services de rééducation et de réadaptation afin d'améliorer les résultats pour les patients et de réduire leur durée d'hospitalisation. Cela comprend la fourniture d'équipements d'assistance appropriés tels que des béquilles et des fauteuils roulants.

La rééducation et la réadaptation sont des éléments essentiels des soins de santé. Elles contribuent à l'amélioration des résultats fonctionnels, à la réduction de la durée des hospitalisations et à l'amélioration de la qualité de vie. Elles constituent l'une des fonctions essentielles des systèmes de prise en charge des traumatismes, et leur rôle est de plus en plus reconnu dans certaines formes de riposte aux épidémies. Par conséquent, les EMT doivent disposer de plans spécifiques pour fournir des services de rééducation et de réadaptation à leurs patients. Les services nationaux de rééducation et de réadaptation étant souvent gravement touchés par les situations d'urgence et les besoins de ce type de services persistant au-delà de la durée minimale de séjour de nombreuses EMT, certains prestataires des EMT doivent parfois augmenter et étendre leur capacité à fournir des services de rééducation et de réadaptation pour combler un vide en attendant la mise en place de services à plus long terme.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Assurer l'orientation vers les services appropriés des patients nécessitant une rééducation et/ou une réadaptation continues.
2. Prévoir la possibilité d'un accès physique pour les personnes blessées ou handicapées.

Structures de Type 1

- Elles fournissent des soins de rééducation et de réadaptation de base, ou identifient les patients nécessitant ces soins et les orientent vers une structure appropriée (autre EMT ou structure locale existante).⁴³

Structures de Type 2 et de Type 3

- Elles fournissent des services de rééducation et de réadaptation en ambulatoire et en hospitalisation (phase aiguë).
- Elles disposent d'au moins un professionnel de la rééducation/réadaptation pour 20 lits.
- Elles réservent un emplacement d'au moins 12 m² pour la rééducation/réadaptation si leur séjour est supérieur à 3 semaines.
- Les équipements essentiels de rééducation/réadaptation doivent être disponibles dès le déploiement.

⁴³ Organisation mondiale de la Santé. (2017). Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258802>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

Notes d'orientation

- Se reporter au document « Équipes médicales d'urgence: normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation ».
- Les professionnels de la rééducation/réadaptation doivent avoir de l'expérience dans le domaine de la rééducation/réadaptation médicale des traumatismes et au cours de la phase aiguë, ainsi qu'une expérience et/ou une formation pour travailler dans les environnements austères.
- Les compétences essentielles en matière de rééducation/réadaptation comprennent la pose d'attelles simples, la prescription d'équipements d'assistance, leur adaptation et la formation à leur utilisation, l'éducation et la rééducation des patients et des aidants aux activités quotidiennes, et les pratiques de base de kinésithérapie respiratoire.
- Pour assurer la prestation de soins accessibles et éthiques, les équipes doivent faire en sorte que les personnes handicapées ou souffrant de blessures aient un accès effectif aux services.
- Faire en sorte qu'un accès physique soit possible à l'intérieur de la structure, y compris à des toilettes ou à des latrines (dont au minimum une dans laquelle au moins un aidant peut également accéder) et en s'assurant que les aires de circulation utilisées par les patients ne présentent pas de pente ou soient munies d'une rampe.
- Prévoir les sorties de patients et leur orientation vers des services appropriés dès les premiers stades des soins afin d'identifier les lacunes dans les services existants. Signaler sans tarder toute lacune aux instances de coordination.
- Optimiser les possibilités d'échange de connaissances et de compétences en matière de rééducation et de réadaptation avec le personnel local relevant de différentes disciplines.

Structures de prise en charge et rééducation/réadaptation intermédiaires

- Une unité de prise en charge intermédiaire fournit des soins hospitaliers transitoires aux patients stables sur le plan médical tout en les préparant à leur sortie dans la communauté.
- Une fois passée la situation d'urgence, lorsque la demande en services chirurgicaux et médicaux aigus directement liés à la situation diminue progressivement, envisager de convertir les hôpitaux de campagne en structures de prise en charge intermédiaire.
- Inclure un soutien médical et infirmier, et allouer davantage d'espace et de personnel aux activités de rééducation et de réadaptation.
- Mettre l'accent sur la préparation des patients souffrant de handicaps à long terme, de leurs aidants et du personnel de rééducation et de réadaptation local pour qu'ils soient en mesure de répondre aux besoins continus de ces patients après le départ de l'EMT.
- Il est essentiel d'établir des liens avec les prestataires locaux de services de rééducation et de réadaptation et d'aide sociale, lorsque ceux-ci sont disponibles.

5.1.19 Santé mentale et bien-être psychosocial

Les EMT évaluent les besoins en services de santé mentale et en soutien psychosocial de leurs patients ainsi que du personnel et des bénévoles, fournissent les premiers soins et assurent les orientations vers les structures appropriées, en fonction des besoins.

Dans les situations d'urgence, les problèmes de santé mentale et les problèmes psychosociaux sont interconnectés aux niveaux individuel, familial et communautaire, et ils sont vécus de manière différente chez les adultes, les adolescents et les enfants, ce qui rend nécessaire la mise à disposition de différents niveaux de soutien. Les services de santé mentale et de soutien psychosocial fournis par les EMT doivent compléter les services existants et être connectés aux circuits d'orientation vers les structures appropriées, tout en tenant compte des ressources, de l'expertise technique et des capacités existantes au sein de l'équipe pour fournir ces services.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Effectuer un suivi, une supervision clinique et une surveillance dans le cadre des bonnes pratiques, en s'assurant que les méthodes sont correctement mises en œuvre, notamment en ce qui concerne les premiers secours psychologiques et la prise en charge des troubles de la santé mentale, des troubles neurologiques et de la toxicomanie.
2. Faire en sorte que des soins cliniques de santé mentale soient disponibles pour des pathologies telles que la dépression, les troubles psychotiques, l'épilepsie, l'alcoolisme et la toxicomanie, et que des activités psychosociales, telles que les premiers secours psychologiques, sont intégrées dans l'ensemble de la structure sanitaire en tant que service continu de soins aux patients, aux membres de leur famille et aux aidants, et sont fournies par des spécialistes et du personnel formé et supervisé.
3. Premiers secours psychologiques
 - Fournir les premiers secours psychologiques et assurer les orientations qui suivent vers les services appropriés comme soutien de première intention afin d'aider les personnes exposées à des événements traumatiques récents à faire face à leurs réactions aiguës de stress.
 - Former le personnel clinique et non clinique ainsi que les bénévoles à évaluer et à mettre en œuvre les principes des premiers secours psychologiques.
 - Faire en sorte que les informations sur les activités de santé mentale et de soutien psychosocial destinées à la communauté soient accessibles, claires et diffusées aux différents publics cibles dès le début d'une situation d'urgence.
4. Bien-être du personnel et des bénévoles
 - Établir des politiques institutionnelles qui permettent de préserver la santé mentale et le bien-être du personnel et des bénévoles.
 - Mettre en œuvre des processus et des procédures tout au long du cycle de déploiement favorisant la mise en œuvre d'approches préventives holistiques afin de minimiser les risques et de promouvoir la résilience.
 - Faire en sorte que des services de soutien soient disponibles pour le personnel et les bénévoles, et que ces services soient accessibles à tout moment.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les EMT doivent se référer aux lignes directrices internationales telles que le *Programme d'action sur les lacunes en santé mentale (mhGAP)*⁴⁴ et *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*⁴⁵ pour trouver des orientations sur les meilleures pratiques en matière de prestation de services de base et de services avancés.
2. Mettre en place une coordination collaborative et des circuits d'orientation des patients vers les services appropriés afin de disposer de services de soutien complémentaires permettant de répondre aux besoins spécifiques des différents groupes.
3. Encourager les activités qui favorisent l'engagement de la communauté ainsi que les approches d'auto-assistance communautaire afin de contribuer au renforcement des capacités existantes, et veiller à ce que les considérations et les pratiques sociales et culturelles appropriées soient bien prises en compte.
4. Prévoir un stock suffisant de médicaments psychotropes essentiels, avec au moins un médicament de chaque catégorie thérapeutique conformément à la liste nationale des médicaments essentiels (antipsychotiques, antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques et antiparkinsoniens), ainsi que des médicaments contre les effets secondaires des médicaments antipsychotiques.⁴⁶

⁴⁴ Organisation mondiale de la Santé (2008); Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) : élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43976>

⁴⁵ Interagency Standing Committee Guidelines in Mental Health and Psychosocial Support (IASC MPSS) [2007], Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings; <https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-11/IASC%20Guidelines%20on%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20in%20Emergency%20Settings%20%28English%29.pdf>

⁴⁶ Organisation mondiale de la Santé (2009); Pharmacological treatment of mental disorders in primary health care; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241547697>

5.1.20 Services de transfusion

Les EMT de Type 2 et de Type 3 doivent être en mesure de fournir des transfusions sanguines sûres en cas d'indication clinique.

Les structures de Type 2 et de Type 3 permettent un accès à des services de chirurgie et d'obstétrique d'urgence ; elles doivent donc avoir la capacité à procéder à des transfusions sanguines en toute sécurité. Les transfusions sanguines sont des interventions qui, dans certaines situations cliniques, sont capables de sauver des vies. Une population a toujours besoin d'avoir accès à des services de transfusion sûre dans le cadre d'un ensemble minimal de soins, y compris en cas de situation d'urgence. Cependant, ces services ne doivent être dispensés que par des organisations et des structures sanitaires capables de respecter les normes minimales de sécurité transfusionnelle.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Mettre en place des politiques de transfusion et des procédures étape par étape claires pour les dons et le stockage des produits sanguins, la réalisation des tests de dépistage, la prise en charge des complications et la documentation appropriée.
2. Les dons de sang sont effectués dans une zone de soins appropriée et en respectant une technique aseptique. Le sang est correctement étiqueté et immédiatement préparé (citraté et réfrigéré) pour être stocké.
3. Accepter les dons volontaires de sang total frais de la population locale ou des proches des patients en respectant les règles de sécurité clinique : sélection rigoureuse des donneurs, conseil adapté, et collecte de l'anamnèse et examen du donneur potentiel pour vérifier l'absence de contre-indications cliniques, par exemple un taux d'hémoglobine insuffisant ou la présence d'une maladie infectieuse.
4. Conserver le sang dans un réfrigérateur réservé au stockage des produits sanguins qui répond aux normes internationales, avec notamment un affichage visible et un enregistrement de la température, une alarme en cas de coupure de l'alimentation électrique, des options de secours pour l'alimentation en électricité et/ou une batterie, et un verrou de sécurité. Des procédures strictes sont en place pour contrôler les dates de péremption, l'utilisation et les conditions de stockage. S'assurer que le sang est transporté dans des boîtes réfrigérées appropriées et dédiées.
5. Chez les donneurs, réaliser les tests suivants :
 - a. Groupe ABO - Rhésus D
 - b. Dosage de l'hémoglobine
 - c. Dépistage des maladies infectieuses, notamment :
 - i. Infection à VIH (1 et 2)
 - ii. Hépatites B et C
 - iii. Syphilis
 - iv. Paludisme, et autres maladies selon les indications.

6. Chez les personnes qui doivent recevoir une transfusion sanguine, réaliser les tests de groupe ABO et Rhésus D.
7. Effectuer un contrôle de compatibilité (pour une transfusion chez un nourrisson jusqu'à l'âge de quatre mois, le sang transfusé doit être compatible avec celui de l'enfant et avec celui de sa mère pour le groupe sanguin et le phénotype rhésus).⁴⁷
8. Former régulièrement le personnel pour qu'il puisse indiquer et exécuter correctement les tâches liées à la transfusion sanguine et reconnaître les symptômes des réactions indésirables.
9. Les équipements, les médicaments et les compétences nécessaires pour traiter les réactions légères, modérées et sévères ainsi que d'autres formes de complications chez le receveur sont disponibles.

Notes d'orientation

- Lorsque les autorités sanitaires nationales disposent de services de transfusion performants encore opérationnels au cours d'une situation d'urgence, les EMT nationales (et avec une autorisation, les EMT internationales) peuvent utiliser les stocks de transfusion comme source de sang et de produits sanguins pour leurs patients.
- Déclarer tout événement indésirable et tout décès évité de justesse à la Cellule de coordination des EMT en fournissant une analyse de l'événement à des fins de transparence et pour partager les enseignements qui en ont été tirés. Il est également très important de faire preuve de transparence envers le patient et/ou les membres concernés de sa famille.

⁴⁷ Organisation mondiale de la Santé (2022); Sécurité transfusionnelle et approvisionnement en sang; <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/blood-safety-and-availability>; Transfusion - Guide pratique à l'usage des médecins, infirmiers et personnel de santé gérant des activités de transfusion sanguine (https://bibop.ocg.msf.org/docs/2/L002TRFM01F-P_Transfusion_MSF_FR_2019.pdf).

5.1.21 Services de laboratoire

Les services de laboratoire sont essentiels pour faciliter la surveillance des maladies, le diagnostic et la prise en charge efficace des patients.

Les capacités du laboratoire doivent être adaptées au type d'EMT et au contexte dans lequel l'équipe est déployée. Pour décider des tests à effectuer, les EMT doivent tenir compte des maladies infectieuses endémiques et des flambées épidémiques pouvant exister au niveau régional.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Mettre en place des orientations et des procédures étape par étape claires sur la façon dont les tests doivent être demandés, les patients et les échantillons identifiés, les échantillons collectés et les résultats transmis au médecin demandeur.
2. Prévoir le milieu et l'emballage appropriés pour chaque échantillon envoyé pour des examens complémentaires, par exemple pour la recherche d'une méningite ou d'une tuberculose.
3. Consigner les résultats dans le dossier du patient (avec validation par le médecin responsable), et transmettre au patient les résultats pathologiques pertinents.
4. En l'absence de technicien de laboratoire dans l'équipe, former le personnel à la réalisation de tests de laboratoire.
5. Avoir une bonne compréhension des taux de faux positifs et de faux négatifs pour les tests utilisés, notamment les limites de certains tests réalisés sur le lieu de soins.

Capacité à réaliser des tests

6. Tests de diagnostic rapide des maladies endémiques adaptés au contexte de déploiement, si disponibles.
7. Outils diagnostiques de base (test de grossesse urinaire, bandelette urinaire, tests de dosage de la glycémie et de l'hémoglobine).

Structures de Type 2

ABO, groupe rhésus D, VIH 1 et 2, hépatites B et C et syphilis.

Structures de Type 3

Elles doivent recevoir les échantillons des équipes plus petites pour réaliser les tests suivants :

- Gaz du sang ;
- Dosage des principaux électrolytes ;
- Mesure de la fonction rénale (urée et créatinine) ;
- Numération formule sanguine ;
- Cultures et tests de sensibilité de base ;
- Coloration de Gram et examen microscopique de base.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Prendre en compte les modes de transport et de stockage des tests et des réactifs thermosensibles.
2. Mettre en place des mesures de régulation des conditions ambiantes et une ventilation appropriées dans les locaux du laboratoire.
3. Respecter à tout moment les mesures de lutte anti-infectieuses et assurer une gestion appropriée des résidus d'échantillons et de tous les produits chimiques ou réactifs connexes.

5.1.22 Imagerie médicale et comptes rendus

Les structures de Type 2 et de Type 3 ont les moyens de réaliser des radiographies et des échographies de base et font partie d'un mécanisme d'orientation des patients pour les structures qui ne disposent pas de ces services.

Les examens d'imagerie diagnostique réalisés par les EMT doivent respecter les normes de sécurité minimales, tant pour les techniciens que pour les patients.⁴⁸ Les EMT doivent notamment se conformer aux normes de pratique justifiées selon lesquelles les avantages de l'examen l'emportent sur ses risques, en réduisant au minimum les doses reçues par le personnel et les patients, et en assurant la plus grande sécurité possible grâce à l'utilisation de protections et d'un blindage ainsi qu'à un bon entretien des équipements. Lorsque la demande en examens d'imagerie est élevée, les EMT doivent disposer d'un système permettant de répondre de manière appropriée aux demandes d'examens et de triage.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Réaliser des radiographies simples capables de fournir des images des membres, du thorax, du bassin et de la colonne vertébrale dans une zone réservée à la radiographie et indiquée sur les plans du site.
2. Installer le lieu en périphérie de l'hôpital, mais avec un accès facile depuis les secteurs où se trouvent les patients en phase aiguë et en tenant compte de la circulation des patients.
3. Instaurer des mesures de sécurité, par exemple en délimitant par une corde une zone de sécurité autour de la tente de radiographie, avec une signalisation adéquate, en respectant une certaine distance par rapport à la source de rayonnement et en portant des protections en plomb.
4. S'assurer que le technicien en radiologie est un opérateur qualifié et formé (généralement un radiographe, mais certaines équipes peuvent avoir recours à un médecin possédant une accréditation appropriée).
5. Avoir une bonne maîtrise des procédures de maintenance préventive, des techniques de dépannage et de l'utilisation de l'équipement dans un environnement austère.
6. Envisager la possibilité de fournir des services de radiographie en dehors des heures de travail pour les demandes urgentes. Identifier chaque examen effectué en précisant au minimum la date de l'examen, l'identification du patient, l'identification de la structure et les initiales du technicien qui l'a réalisé.
7. Pour chaque examen, procéder à un contrôle systématique de l'identité du patient, expliquer la procédure au patient et obtenir son consentement verbal.
8. Tenir compte du risque de grossesse (pour les radiographies) et inclure ce risque dans tout protocole de radiologie.
9. Fournir à tous les patients, au minimum, une copie imprimée de leurs clichés et une interprétation clinique par écrit dans leur document de sortie.

Structures de Type 3

- L'un des cliniciens de l'équipe doit être compétent pour réaliser des échographies en utilisant la technique eFAST.

⁴⁸ Agence internationale de l'énergie atomique (2022); Radioprotection et sûreté radiologique dans les applications médicales des rayonnements ionisants; <https://www.iaea.org/fr/publications/15011/radioprotection-et-surete-radiologique-dans-les-applications-medicales-des-rayonnements-ionisants>

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les EMT sont encouragées à étendre leurs capacités à réaliser des échographies au-delà des normes minimales en faisant appel à des cliniciens expérimentés dans les protocoles concernant les états de choc de cause inconnue, en obstétrique et en gynécologie, dans la pose de voies veineuses complexes, dans la réalisation de blocs régionaux, dans l'identification de corps étrangers et dans l'alignement anatomique de fractures. Un échographe portable pour les soins médicaux est un instrument efficace, professionnel et fiable, et qui aide à prendre les décisions appropriées.
2. Bien que les équipes de Type 1 ne soient pas tenues d'effectuer des examens radiologiques, le fait de disposer de la capacité clinique à recourir à l'échographie peut améliorer la prise de décision en cas de traumatisme aigu (ainsi que pour d'autres types de présentations) et le triage des patients en vue de leur transfert vers un niveau de soins plus élevé.
3. Les EMT peuvent être en mesure de faire don de leur équipement d'imagerie après avoir effectué une analyse minutieuse des besoins, et en se conformant aux lignes directrices de l'OMS sur le don d'appareils médicaux.⁴⁹ Lorsque des dons sont envisagés, il convient de procéder de façon prudente en raison de questions complexes imposées par la réalité sur le terrain comme le besoin en formation spécialisée, l'installation par des professionnels, le respect des règles de sécurité et la nécessité d'un soutien par des spécialistes pour assurer la maintenance. Une fois le don réalisé, la formation et les pièces de rechange doivent être fournies depuis l'extérieur ou directement sur place.
4. Mettre en place un système d'assistance à distance pour discuter par vidéoconférence des cas difficiles avec un radiologue qualifié ou pour résoudre les problèmes techniques liés à une panne ou à la maintenance de l'équipement lorsqu'aucune aide n'est disponible sur place.

Notes d'orientation

- Dans les situations d'urgence aiguë, la plupart des comptes rendus et des interprétations d'examens d'imagerie médicale sont réalisés par des cliniciens non radiologues. Dans les équipes de grande taille, il est possible d'inclure un radiologue pour assurer cette fonction.
- Les EMT qui utilisent des images numériques doivent étudier comment imprimer ou télécharger sur un support numérique une copie de l'image radiographique ou échographique du patient pour son suivi.

⁴⁹ World Health Organization. [1997]. Guidelines for health care equipment donations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70806>

5.1.23 Pharmacie clinique

Les EMT fournissent des produits pharmaceutiques adaptés et de qualité aux patients dont ils s'occupent.

Les EMT disposent d'un système permettant d'apporter, de stocker, de prescrire et de distribuer en toute sécurité des médicaments aux patients dont ils s'occupent.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Établir une liste de médicaments pour l'équipe, sur la base de la liste modèle de médicaments essentiels de l'OMS⁵⁰ ou d'un équivalent.
2. Un processus écrit de dispensation assorti de procédures claires conformes aux orientations de l'OMS en matière de meilleures pratiques⁵¹ doit être disponible. Les médicaments dispensés aux patients doivent être accompagnés des informations dans une langue appropriée pour le patient (ou sous la forme d'images) et comporter une date de péremption.
3. Former et évaluer le personnel, en particulier celui qui ne dispensait pas habituellement de médicaments, avant qu'il ne commence à exercer au sein de l'EMT. Veiller à ce que les barrières linguistiques soient convenablement surmontées en faisant appel à des traducteurs ou à des agents de santé locaux formés.
4. Établir une procédure écrite normalisée sur l'administration des médicaments, caractérisée par des pratiques sûres et effectuées en temps voulu, incluant notamment l'inscription de la date et la signature du dispensateur dans le dossier du patient.
5. Établir une procédure écrite pour la prescription des médicaments, comprenant un formulaire normalisé à utiliser dans les secteurs des consultations externes et des hospitalisations (selon le type d'EMT).
6. Prévoir un système pour inciter les membres de l'équipe à signaler les décès évités de justesse et les incidents indésirables. Les erreurs de médicaments et les décès évités de justesse liés à la prise de produits pharmaceutiques ont des conséquences importantes sur la sécurité des patients.
7. Aucun médicament ne doit être utilisé dans le cadre d'un essai clinique sans l'accord préalable et la participation du ministère de la santé.
8. Dans la mesure du possible, éviter l'utilisation hors indication de médicaments lorsque les médicaments homologués ne sont pas disponibles. Obtenir le consentement éclairé du patient.

⁵⁰ World Health Organization. (2019). World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁵¹ Organisation mondiale de la Santé (2011); WHO Technical Report Series, No. 961, 2011; Annex 8; Joint FIP/WHO guidelines on good pharmacy practice: standards for quality of pharmacy services; <https://www.who.int/docs/default-source/medicines/norms-and-standards/guidelines/distribution/trs961-annex8-fipwhoguidelinesgoodpharmacypractice.pdf>

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

- ❗ 1. Inclure un pharmacien agréé dans la composition de l'équipe pour les structures de Type 3 ; en revanche, un point focal pour la pharmacie ayant bénéficié d'une formation est considéré comme suffisant pour les structures de Type 2.
2. Faire en sorte qu'il existe des processus pour accéder aux informations sur les médicaments si nécessaire ; cela peut se faire par l'accès à des documents de référence spécialisés.⁵²

Notes d'orientation

- Le formulaire de prescription doit être parfaitement lisible et inclure (au minimum) les éléments suivants :
 - Nom et dosage du médicament générique ;
 - Forme galénique ;
 - Voie d'administration ;
 - Heure ou fréquence d'administration ;
 - Nom (en lettres majuscules) et signature du prescripteur ;
 - Date de prescription.



© EMT des forces armées sénégalaise.

⁵² Médecins Sans Frontières (2022). Médicaments essentiels - guide pratique d'utilisation; <https://medicalguidelines.msf.org/sites/default/files/pdf/guideline-339-fr.pdf>

5.1.24 Stérilisation

Les EMT disposent de systèmes permettant de garantir la stérilité du matériel, des consommables et des dispositifs, selon les besoins.

Les processus de stérilisation et de décontamination sont complexes et nécessitent des infrastructures, des équipements et des procédés spécifiques. La stérilisation et la décontamination des instruments et des dispositifs médicaux jouent un rôle très important dans la prévention des infections nosocomiales.⁵³ Chaque EMT qui prévoit de réutiliser des instruments et des dispositifs médicaux doit avoir la capacité de les décontaminer en toute sécurité, en suivant les étapes décrites dans le cycle standard de la décontamination.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Mettre en place des procédures sûres pour le personnel travaillant dans la zone de stérilisation en ce qui concerne le port des EPI appropriés, l'utilisation de l'autoclave et la manipulation des plateaux chirurgicaux/des matériels et matériaux piquants ou coupants.
2. La formation et le recours à des pratiques systématiques doivent faire partie de la sensibilisation du personnel afin de prévenir le risque d'exposition à du sang et à des liquides corporels.
3. Mettre en place un système de traçabilité et de contrôle de la qualité, de documentation et d'enregistrement de toutes les étapes du cycle de décontamination, y compris des mesures d'urgence en cas de dysfonctionnement du système et des appareils.
4. La zone de stérilisation doit être divisée en plusieurs secteurs (pour le lavage, les vérifications et la maintenance, la préparation, l'emballage et la stérilisation des instruments et des appareils) avec un cheminement unidirectionnel clairement défini, allant du sale vers le propre.
5. Mettre en place un système de gestion des eaux grises avec un traitement avant leur évacuation.

Structures de Type 1

- Autoclave à vapeur simple ou matériel jetable.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Autoclave chirurgical complet avec mesures de traçabilité.
- Contrôle mécanique de la température et de l'humidité dans la zone de stérilisation.
- Redondance de l'alimentation électrique.

⁵³ World Health Organization. (2016). Decontamination and reprocessing of medical devices for health-care facilities. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250232>

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Mettre en place un contrôle mécanique de la température et de l'humidité dans la zone de stérilisation, et éviter que l'air ne présente des turbulences.
2. Envisager le recours à une stérilisation centralisée dans une zone réservée à proximité de la salle d'opération si cela est possible.
3. L'algorithme de stérilisation indiquant les étapes à suivre doit être visible et affiché dans la zone de stérilisation.

Notes d'orientation

- Envisager l'option de recourir à des instruments stériles à usage unique, même s'il convient d'examiner avec attention les contraintes logistiques, le personnel nécessaire, la formation requise et les coûts à supporter.
- Démonter les dispositifs médicaux afin de pouvoir nettoyer et désinfecter chacune de leurs surfaces, quelle que soit la méthode de nettoyage choisie. Les structures disposant de ressources limitées peuvent nettoyer et préparer de manière appropriée les dispositifs pour la stérilisation en utilisant des procédures de nettoyage manuel efficaces.

5.1.25 Lutte anti-infectieuse

Les EMT doivent prendre les dispositions nécessaires pour assurer une lutte anti-infectieuse adaptée dans la structure qui dispose de mécanismes permettant d'éviter la transmission d'agents infectieux de personne à personne et de fournir des services de santé sûrs et de haute qualité.

La lutte anti-infectieuse est une approche concrète reposant sur des bases factuelles qui vise à éviter que les patients et les agents de santé ne contractent des infections évitables. Les activités de lutte anti-infectieuse contribuent à limiter l'incidence et la charge des infections nosocomiales et de leurs risques associés pour les patients, les soignants, les visiteurs et le personnel. Au sein d'une EMT, elles nécessitent la mise en œuvre systématique de précautions standard, de précautions visant à limiter la transmission et de mesures structurelles.⁵⁴

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Sensibiliser et former l'ensemble du personnel aux précautions standard de lutte anti-infectieuse (à appliquer par chaque membre de l'équipe).
2. Sensibiliser et former l'ensemble du personnel externe qui participe aux activités de lutte anti-infectieuse aux protocoles internes.
3. Nommer un point focal responsable de la lutte anti-infectieuse au sein de l'équipe, qui supervisera le respect des protocoles.
4. Établir un plan pour signaler et enquêter sur les infections croisées, et mettre en place des mesures visant à éviter qu'elles ne se reproduisent.
5. S'assurer que l'ensemble des précautions standard⁵⁵ sont respectées à chaque instant.
6. Fournir des EPI au personnel travaillant dans les zones de soins clés telles que les salles d'opération, le service de stérilisation, la cuisine et les zones où sont gérés les déchets.
7. Élaborer des procédures claires pour les précautions visant à limiter la transmission (mesures visant à prévenir les infections croisées dans l'environnement de soins), selon les différentes voies de transmission.
8. Organiser les agencements de façon à minimiser les risques de contamination croisée et organiser la circulation des patients de façon à minimiser l'exposition des patients à haut risque et de faciliter le transport des patients.

Structures de Type 2

- Les lits sont séparés d'au moins 1 mètre.

Structures de Type 3

- Dans la zone des soins intensifs/des soins critiques, les lits sont séparés d'une distance plus importante (2,5 mètres) afin de laisser un espace suffisant pour la circulation et de faciliter l'utilisation des appareils.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Choisir les tenues du personnel de sorte que celles-ci puissent être nettoyées efficacement et que la température utilisée par les services de blanchisserie puisse être suffisante.
2. Utiliser des matériaux et des tissus faciles à nettoyer.

⁵⁴ Organisation mondiale de la Santé. (2017). Lignes directrices sur les principales composantes des programmes de prévention et de contrôle des infections au niveau national et au niveau des établissements de soins de courte durée. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272850>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁵⁵ World Health Organization. (2022). Standard precautions for the prevention and control of infections: aide-memoire. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/364855>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

5.1.26 Promotion de la santé et engagement de la communauté

Les EMT doivent disposer des messages sanitaires et des supports appropriés ainsi que des compétences nécessaires pour s'adapter au contexte local de façon à contribuer à une riposte au sens large à toute situation d'urgence.

En raison de leurs contacts fréquents et directs avec les populations affectées, les EMT jouent un rôle important pour encourager les comportements de recours aux soins dans les situations d'urgence. Lorsque les communautés affectées ont des connaissances limitées sur les risques sanitaires, la confiance joue un rôle important dans la perception de la gravité de ces risques par le public. Dans les situations d'urgence de santé publique, les professionnels de santé bénéficient souvent d'un niveau de confiance plus élevé que les autres parties prenantes ; les EMT doivent donc être en mesure de sensibiliser efficacement les populations concernées à des sujets qui contribuent à la prévention des maladies ou à la propagation des maladies.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Élaborer un plan de communication qui tienne compte des principes fondamentaux de l'engagement de la communauté et du contexte des opérations.
2. Former l'ensemble du personnel aux éléments clés de ce plan de communication et aux compétences générales nécessaires à la promotion de la santé et à l'engagement de la communauté dans les situations d'urgence.
3. Intégrer des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) dans les activités quotidiennes pour sensibiliser les individus et la communauté.
4. Mettre à disposition un catalogue complet de supports IEC sur différents sujets concernant notamment (mais pas seulement) les mesures de lutte anti-infectieuse, l'eau, l'assainissement et l'hygiène, la sécurité sanitaire des aliments, les maladies à transmission vectorielle, la santé sexuelle et les maladies non transmissibles.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les équipes doivent envisager l'utilisation appropriée des médias et des outils apportés par les médias sociaux pour communiquer sur les questions de santé publique avec les populations cibles.
2. Lors de l'élaboration des messages, il convient, dans la mesure du possible, de faire preuve de cohérence, de respecter les modes opératoires normalisés des médias et d'utiliser les langues ou les dialectes locaux.

⁵⁶ USCDC, ATSDR; Principles of Community Engagement 2nd Edition; <https://www.atsdr.cdc.gov/communityengagement/index.html>

5.1.27 Toxicologie concernant les matières chimiques, biologiques, radiologiques et nucléaires, et toxinologie

Les EMT doivent avoir la capacité de reconnaître les victimes d'une exposition à des produits chimiques, à des empoisonnements et à des toxines, et de se protéger avec les EPI de base en cas de suspicion de contamination potentielle du personnel.

Les EMT déployées dans des situations d'urgence générales peuvent parfois être amenées à soigner des patients présentant une exposition accidentelle ou délibérée à des produits chimiques, à des poisons, à des toxines ou à une envenimation. Une exposition radionucléaire peut être possible, mais elle sera le plus souvent le résultat de complications lors d'une situation d'urgence ou d'une catastrophe. Dans de tels cas, seules les EMT disposant des compétences spécialisées, des EPI et d'une formation peuvent recevoir une autorisation d'accès à la zone chaude.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Reconnaître les symptômes et les signes d'exposition à des produits chimiques, à des produits toxiques et à des toxines.
2. Évaluer et reconnaître les patients, et les orienter vers le centre approprié.
3. Savoir reconnaître quels types d'EPI (de base ou spécialisés) sont nécessaires pour protéger le personnel.
4. Mettre en place les mesures de premiers secours, s'il est possible de le faire en toute sécurité.
5. Contacter le centre antipoison national ou, s'il n'y en a pas, un expert international agréé, par l'intermédiaire du ministère de la santé ou de la cellule de coordination des EMT.
6. Procéder à une décontamination en fonction de la situation sur le terrain, sans mettre en danger le personnel ou les personnes présentes.
7. S'assurer que les personnes chargées du transport vers le niveau de soins approprié bénéficient d'une protection.

Structures de Type 2

- Elles administrent des antidotes, si ceux-ci sont disponibles.

Structures de Type 3

- Elles peuvent administrer des soins en unité de soins intensifs si cela est approprié et possible en toute sécurité.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les EMT doivent avoir accès aux protocoles nationaux et connaître les voies à suivre pour l'orientation des patients vers les services appropriés.
2. Donner aux membres de l'équipe l'accès aux documents et aux outils spécialisés.

Notes d'orientation

- Les zones où ont été effectués les soins et le triage, et qui ont été contaminées lors de l'évaluation et du traitement du patient concerné, doivent être correctement traitées avant de pouvoir être à nouveau utilisées.

6 Normes techniques de soutien opérationnel

6.1 Introduction

Le soutien opérationnel concerne deux domaines principaux : la logistique et l'eau, l'assainissement et l'hygiène (WASH). Dans ces deux domaines, la coordination d'équipes pluridisciplinaires est indispensable pour assurer une préparation et un soutien efficaces, cohérents et exhaustifs afin de fournir des services de soins de santé performants.

6.2 Normes techniques de soutien opérationnel (logistique)

Les normes techniques relatives à la logistique régissent la fonctionnalité opérationnelle et le niveau d'autosuffisances des EMT.

Normes techniques relatives à la logistique (résumé)

Électricité et carburant : faire en sorte de disposer de quantités suffisantes de carburant, d'électricité et d'éclairage qui soient sûres, pérennes et adaptées au contexte afin d'être en mesure d'alimenter les installations, de prodiguer les soins cliniques et d'assurer les services de soutien.

Communications : avoir la capacité de communiquer avec les structures de coordination locales et nationales oralement ou via la transmission de données, avec au moins un niveau de redondance en cas de dysfonctionnement.

Transport et parc de véhicules : coordonner de manière efficace le transport des équipements et du personnel sur le site et tout au long des opérations.

Nourriture : couvrir les besoins alimentaires de tout le personnel, des patients hospitalisés et des aidants.

Gestion des stocks : disposer d'un système de gestion des stocks avec des processus et des procédures qui aident à parvenir au niveau optimal de préparation et de capacité à gérer les approvisionnements pendant la phase de riposte.

Chaîne d'approvisionnement de la pharmacie et gestion des stocks de produits médicaux : être autosuffisante et disposer de suffisamment de produits pharmaceutiques, de consommables à usage médical et de matériel médical pour être en mesure de dispenser des soins aux patients en fonction du type d'équipe.

Gestion des dons : avoir mis en place des procédures conformes aux normes nationales et internationales pour les dons prévus de consommables à usage médical, de produits pharmaceutiques, de matériel et/ou de l'ensemble des installations sur le terrain.

Sûreté et sécurité : faire prendre toutes les précautions qui s'imposent pour assurer la sécurité du personnel et des patients pendant le déploiement, en mettant en place des plans de gestion ainsi que des mesures pratiques adaptées au contexte opérationnel, et en communiquant ces plans aux personnes concernées.

Conception, environnement et ventilation de la structure : fournir des installations appropriées et acceptables pour assurer les soins cliniques et répondre aux besoins du personnel.

Mobilisation : se mobiliser dans les plus brefs délais selon un plan défini dans des modes opératoires normalisés.

Évaluation du site et planification : évaluer les emplacements possibles et adapter leur agencement et leur configuration aux conditions locales, notamment la possibilité de travailler au sein des établissements de santé existants ou de les renforcer.

Construction séquentielle : établir un ordre de priorité dans la création de la structure de manière à ce que les zones et les services nécessaires aux soins urgents des patients soient mis en place en premier pendant que se termine la construction du reste de la structure, ce qui permet à certaines fonctions d'être opérationnelles avant que le déploiement ne soit complètement terminé.

Démobilisation : disposer de plans et de procédures permettant d'assurer une démobilisation coordonnée de manière à prolonger au maximum la durée des opérations et à réduire au minimum les perturbations, afin de favoriser le relèvement des services de santé locaux normaux et de limiter l'impact sur l'environnement local.

6.2.1 Électricité et carburant

Les EMT doivent faire en sorte de disposer de quantités suffisantes de carburant, d'électricité et d'éclairage qui soient sûres, pérennes et adaptées au contexte afin d'être en mesure d'alimenter leurs installations, de prodiguer les soins cliniques et d'assurer les services de soutien.

Les EMT doivent pouvoir compter sur une alimentation électrique et sur un système d'éclairage fiables. Si les EMT doivent étudier activement la possibilité d'une alimentation en énergie solaire et en autres formes d'énergie renouvelable, la plupart d'entre elles se verront dans l'obligation de recourir à une forme ou une autre d'approvisionnement en carburant pour améliorer leur capacité à produire de l'électricité. Lorsque les EMT doivent se procurer des produits essentiels dans un environnement où les ressources sont limitées, elles doivent être informées des meilleures pratiques en matière d'approvisionnement en carburant de qualité adéquate afin de répondre à leurs besoins sans pour autant nuire à l'approvisionnement d'autres services essentiels et de la population locale.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Calculer les besoins minimum et maximum en électricité.
2. Disposer de la capacité à produire de l'électricité en permanence pour répondre aux besoins, avec une redondance en cas de panne ou de dégâts.
3. Prévoir les besoins de pointe pour les éléments tels que les appareils de radiographie, les appareils de stérilisation et les climatiseurs, ainsi que la demande maximale à laquelle le système devra répondre.
4. Les éléments constitutifs de l'alimentation électrique doivent être sûrs et clairement signalés, et comprendre les équipements électriques intérieurs et extérieurs adaptés, avec des capacités correspondant aux besoins et pouvant s'adapter au contexte.
5. Distribuer l'électricité sur le site d'exploitation en recourant à du matériel résistant aux intempéries (indice de protection 45, 54 ou 65) et en prenant toutes les mesures de sécurité requises, notamment en prévoyant une mise à la terre, des piquets de mise à la terre et un dispositif de protection contre les courants résiduels.
6. Prévoir les batteries de secours d'alimentation sans interruption (ASI) essentielles, les procédures à suivre en cas de panne et une quantité d'électricité de réserve suffisante dans le système pour maintenir en fonctionnement les équipements permettant d'assurer les fonctions vitales, tels que les respirateurs, en cas de panne d'électricité.
7. Calculer la consommation quotidienne de carburant préalablement au déploiement et communiquer les résultats.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. L'ensemble des circuits, du câblage électrique et des tableaux doivent être prévus pour une utilisation sur le terrain et être contrôlés et approuvés par un électricien qualifié.⁵⁷

⁵⁷ MSF. Guideline Sécurité Électrique - 1ère édition (https://bibop.ocg.msf.org/docs/48/L048ENEM09F-P_GuidelineSecuElectr_FR.pdf).

2. Si la production d'électricité à partir de sources renouvelables telles que l'énergie solaire est encouragée, il est très peu probable qu'elle puisse répondre aux besoins d'une EMT de grande taille devant assurer des interventions 24 heures sur 24.
3. Les générateurs d'électricité doivent être prévus pour être utilisés dans des conditions de terrain et si possible être équipés d'une protection contre le bruit.
4. Étudier tous les moyens possibles permettant de transporter suffisamment de carburant et de batteries pour être opérationnel le plus rapidement possible.
5. Disposer de capacités permettant de vérifier la disponibilité et la qualité du carburant et/ou de nettoyer le carburant à l'aide de filtres afin de s'assurer que les équipements ne pourront pas être endommagés par du carburant contenant des impuretés.
6. Tenir compte de la gestion sans risque.

Notes d'orientation

- Il peut être nécessaire d'utiliser du gaz naturel liquéfié, du propane ou d'autres gaz comprimés inflammables, mais ceux-ci sont parfois disponibles en quantité limitée localement ou nécessiter l'utilisation de raccords spécifiques. Les EMT doivent envisager de recourir à d'autres solutions en cas d'indisponibilité en gaz naturel liquéfié ou en carburants similaires.



6.2.2 Communications

Les EMT doivent avoir la capacité de communiquer avec les structures de coordination locales et nationales oralement ou via la transmission de données, avec au moins un niveau de redondance en cas de dysfonctionnement.

Pour remplir leurs fonctions, les EMT doivent pouvoir communiquer avec les autres structures sanitaires et avec les systèmes de coordination sanitaire. Cette norme concerne les équipements et les systèmes physiques en place pour assurer le transfert des messages vocaux, par exemple pour l'orientation des patients afin d'assurer leur prise en charge clinique ou pour les appels d'urgence, ainsi que le transfert des rapports quotidiens de données, par exemple l'ensemble minimum de données, comprenant un système de communication principal et au moins un système de secours.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Disposer d'un système de communication principal et au moins d'un système de communication de secours, comprenant un système de communication vocale et un système de transmission de données.
2. L'ensemble des membres doit être formé à l'utilisation des équipements de communication spécialisés.
3. Un système de gestion des batteries doit être en place pendant le stockage ainsi que pendant le déploiement sur le terrain.
4. Un espace dédié au sein de la zone d'administration de l'équipe doit être attribué aux communications.
5. La technologie utilisée doit être performante et adaptée à la réalisation de tâches comme le respect des obligations imposées par le mécanisme de communication des rapports ainsi qu'aux impératifs en matière de sûreté et de sécurité.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Un système secondaire doit être disponible pour les endroits où la couverture de la téléphonie mobile est interrompue de façon temporaire.
2. Les EMT doivent avoir connaissance des lois en vigueur dans le pays concernant la protection du réseau de radiocommunication numérique.
3. Augmenter la largeur de bande de données afin de disposer d'une capacité suffisante pour assurer un service de télésanté ou des vidéoconférences avec des experts afin de pouvoir discuter de cas complexes et des patients à orienter vers les services appropriés.
4. Établir un système de registre des appels qui permet la traçabilité des appels importants, par exemple ceux concernant le transfert de patients, les commandes de fournitures ou les problèmes de sécurité.

6.2.3 Transport et parc de véhicules

Les EMT doivent coordonner de manière efficace le transport des équipements et du personnel sur le site et tout au long des opérations.

Le transport est un facteur clé pour les EMT nationales et internationales, et doit être soigneusement planifié et testé. Les principales fonctions du parc de véhicules et du transport sont l'accès à des moyens de transport, le réapprovisionnement en consommables et en matériel, et le transfert des patients.⁵⁸

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les EMT doivent disposer de manifestes en version électronique et en version papier qui indiquent le poids et les quantités des articles transportés ainsi que la présence éventuelle de matières dangereuses.
2. Protéger le matériel pendant le transport conformément aux réglementations en vigueur dans le pays en fonction du type de véhicule/d'avion ; marquer et identifier chaque paquet et chaque élément de matériel, même si un seul côté est visible.
3. Établir un plan de gestion et de maintenance du parc de véhicules (ou du parc de machines), ainsi qu'un mécanisme de consignation sur papier ou sous forme numérique pour permettre une traçabilité.
4. Les matières dangereuses doivent être conditionnées conformément à la réglementation de l'Association internationale du transport aérien (IATA), et emballées et stockées de manière à être facilement accessibles lors des inspections.
5. Le plan de transport comprend l'évaluation de l'environnement opérationnel en tenant compte de l'état des routes, des conditions de sécurité, des temps de trajet, des changements météorologiques saisonniers et des sources de danger.
6. Faire en sorte que tous les véhicules soient enregistrés auprès des autorités locales compétentes et, lorsque la loi l'exige, qu'ils aient fait l'objet d'une inspection annuelle de sécurité et qu'ils soient couverts par une assurance responsabilité civile valide.
7. Les EMT travaillant en milieu marin doivent veiller à ce que les conducteurs de bateaux aient accès à des équipements de sécurité maritime, notamment à des équipements de flottabilité et à une balise de détresse.
8. Les EMT doivent disposer d'un équipement de transport médical pouvant être transporté à bord de véhicules non spécialisés faisant office d'ambulances temporaires, en prenant en compte la sécurité des occupants, les soins à apporter aux patients, les aspects ergonomiques, ainsi que le choix et le positionnement des équipements médicaux.

⁵⁸ *Universal Logistics Standards in Humanitarian Response* [<https://handbook.ul-standards.org/en/humlog/#sec040>].

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Coordonner les plans d'arrivée et de départ avec les autorités locales et nationales, y compris les points d'entrée et de départ.
2. Les EMT doivent vérifier que les équipements de déchargement qui se trouvent sur place ne sont pas endommagés et sont disponibles (par exemple, des chariots élévateurs à fourche). Les équipes de grande taille peuvent être en mesure d'apporter leur propre équipement de déchargement et de le mettre à la disposition d'autres équipes d'intervention. Les équipements de manutention au sol comprennent, sans s'y limiter, un appareil de manutention de palettes, un chariot élévateur à fourche tout-terrain ou un mini-tracteur polyvalent, et un quad biplace, de préférence avec une civière pour le transport des patients.
3. Il est recommandé de demander l'avis d'un spécialiste en matière de dédouanement pour le transport d'équipements et de fournitures particuliers en raison d'éventuelles restrictions à respecter dans le pays.
4. La plateforme logistique choisie doit faire l'objet d'un accord préalable et de vérifications régulières afin d'accélérer les processus de déploiement.
5. Les EMT qui font venir des ambulances d'autres pays doivent être attentives aux réglementations spéciales en matière d'autorisation, et l'importation de ces véhicules doit faire l'objet d'un accord préalable des autorités nationales.

Notes d'orientation

- Les emballages et les paquets doivent pouvoir résister aux conditions opérationnelles et environnementales. Dans la mesure du possible, les emballages doivent être à usage multiple, pouvoir être utilisés ultérieurement pour des tâches opérationnelles, et ne pas constituer un danger pour l'environnement lors de leur élimination.
- Les insignes et les marquages sur les véhicules peuvent être utiles, à condition de respecter les recommandations des autorités locales et de tenir compte de la situation en matière de sécurité. Les accidents de véhicules à moteur restent l'une des principales causes de blessures et de décès du personnel lors des interventions d'urgence. Les EMT doivent instaurer une culture de la sécurité au volant, en adaptant la vitesse aux conditions locales et en utilisant des dispositifs de sécurité, par exemple des ceintures de sécurité.

6.2.4 Nourriture

Les EMT doivent couvrir les besoins alimentaires de l'ensemble du personnel, des patients hospitalisés et des aidants.

Toutes les EMT doivent partir du principe que l'accès à la nourriture et sa disponibilité seront limités au cours de la première phase de la riposte. Elles sont tenues de subvenir aux besoins de leur personnel et des patients hospitalisés (ainsi que de leurs aidants) pendant une période minimale qui sera fonction de leur statut et de leur zone de déploiement. La nourriture doit être appropriée et adaptée au contexte, aux exigences cliniques et à leur acceptation sur le plan culturel.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les EMT nationales doivent transporter un minimum de trois jours de nourriture pour couvrir les besoins énergétiques quotidiens (minimum de 2100 Kcal par personne et par jour) et tenir compte des besoins nutritionnels spéciaux des personnes déployées.
2. Les EMT internationales doivent disposer de réserves de nourriture pour un minimum de 14 jours.
3. Dans toutes les EMT, le personnel doit toujours emporter avec lui de la nourriture d'urgence pour au moins une journée.
4. Les EMT qui fournissent des soins aux patients hospitalisés doivent s'assurer que les patients et leur aidant attitré reçoivent des aliments cuits appropriés sur le plan culturel. La nourriture fournie doit répondre aux différents besoins nutritionnels des patients, notamment aux besoins quotidiens en énergie et en micronutriments.⁵⁹
5. Le personnel responsable de la préparation des aliments doit recevoir une formation adéquate sur les aspects essentiels de la gestion des aliments et de la sécurité alimentaire.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Prévoir et identifier un ensemble de solutions alimentaires appropriées et de remplacement pour le personnel et les patients, allant de l'utilisation continue de repas prêts à être consommés à la transition vers un approvisionnement local si cela n'a pas d'incidence négative sur la population locale en termes de disponibilité des aliments et de prix du marché pour les aliments de base.
- ⓘ 2. Prévoir une cuisine de campagne pour fournir de la nourriture aux patients hospitalisés (structures de Type 2 et de Type 3).

⁵⁹ SPHERE. Conception des rations alimentaires et qualité nutritionnelle (Standard 6.1 : besoins nutritionnels généraux) (<https://handbook.spherestandards.org/fr/sphere/#ch001>).

6.2.5 Gestion des stocks

L'EMT doit disposer d'un système de gestion des stocks avec des processus et des procédures qui permettent d'atteindre plus facilement le meilleur niveau possible de préparation et de capacités à gérer les approvisionnements pendant la phase de riposte.

La gestion des stocks est une tâche complexe comprenant de nombreux éléments qui doivent fonctionner simultanément. Les normes relatives à la gestion des stocks s'appliquent aux EMT aussi bien dans leur base de prédéploiement que dans leurs structures temporaires.⁶⁰ La mise en place d'un système de gestion des stocks suppose la réception et la gestion de produits étiquetés et organisés selon des modalités de stockage appropriées, la présence d'une équipe technique compétente, ainsi que l'existence de systèmes de gestion de l'information et de procédures de gestion des risques en matière de sécurité. Les EMT peuvent choisir de confier leur système de gestion des stocks à un tiers, mais l'accès aux stocks doit toujours être garanti.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Toutes les EMT doivent disposer d'un espace et d'installations dédiés pour stocker, entretenir et conditionner les fournitures et le matériel. Le stockage en entrepôt peut se faire dans une structure réservée à cet effet ou dans une partie d'un entrepôt existant.
2. Mettre en œuvre de bonnes pratiques en matière de stockage, notamment en ce qui concerne les locaux, le contrôle de la température, la manutention des articles, les conditions sanitaires, le chargement en toute sécurité, l'entretien et la lutte contre les nuisibles, conformément aux réglementations en vigueur dans le pays.
3. Mettre en place un agencement clair et logique visant à maximiser l'utilisation de l'espace et à minimiser les efforts de manutention en fonction des caractéristiques des articles, comme leur poids et la rotation des produits.
4. Faire en sorte que les produits ne soient pas stockés à même le sol (pour éviter les dégâts causés par l'eau), et soient conservés de préférence sur des étagères ou dans des contenants qui permettent d'accéder facilement aux différents articles, de les stocker en toute sécurité et de les compter, avec des fiches de stock bien en évidence.
5. Tenir à jour une liste des différents paquets ou un inventaire contenant les principales informations sur le contenu, le poids et le nombre total des paquets.
6. Assurer une alimentation électrique et un éclairage qui permettent de garantir un niveau de sécurité suffisant et une identification facile des articles.
7. Faire en sorte de disposer d'une alimentation électrique permanente, d'une protection contre les surtensions et d'une solution de secours en cas de coupure pour les secteurs sensibles nécessitant un contrôle de la température et une réfrigération, par exemple les secteurs de stockage des denrées alimentaires et de la pharmacie.

⁶⁰ Universal Logistic Standards Warehouse and Storage (<https://handbook.ul-standards.org/en/humlog/#sec067>).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les systèmes de gestion de l'information doivent être robustes et fiables par rapport à la situation rencontrée sur le terrain, par exemple pour ce qui concerne les fiches d'inventaire ; et lorsque des outils informatiques sont utilisés, un système de secours doit être prévu.

Notes d'orientation

- Les besoins en termes d'espace varient selon le type d'EMT, mais l'entrepôt doit disposer d'un espace pour réaliser l'assemblage des kits et des palettes au départ et à l'arrivée ainsi que le tri et l'échange des consommables approchant de leur date d'expiration, et d'une source d'alimentation électrique adaptée pour faire en sorte que le matériel reste prêt à être utilisé.
- La manutention en toute sécurité de charges lourdes, en particulier si l'on travaille avec des installations de stockage vertical à plusieurs niveaux, et l'utilisation en toute sécurité des véhicules et des appareils de chargement, doivent se faire en respectant les réglementations en vigueur dans le pays en matière de santé et de sécurité au travail.
- Pour chaque article, les données doivent comprendre au minimum les éléments suivants :

| Numéro d'identification | Nom | Valeur | Date de péremption | Date de maintenance |
|-------------------------|---------------------------|----------------------|----------------------------|------------------------|
| Numéro de paquet | Poids et volume du paquet | Matières dangereuses | Coordonnées du fournisseur | État de fonctionnement |

6.2.6 Chaîne d'approvisionnement de la pharmacie et gestion des stocks de produits médicaux

Les EMT doivent être autosuffisantes et disposer de suffisamment de produits pharmaceutiques, de consommables à usage médical et de matériel médical pour être en mesure de dispenser des soins aux patients.

Les EMT doivent être autosuffisantes pendant toute la durée de leur déploiement, ce qui inclut la capacité à disposer en permanence de toute une gamme de produits pharmaceutiques et de consommables à usage médical de qualité, en fonction du type de l'EMT concernée et adaptés au contexte dans lequel cette EMT est déployée.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les EMT doivent disposer d'un stock minimum de trois jours de produits pharmaceutiques et de consommables à usage médical pour un déploiement national et d'un minimum de 14 jours pour un déploiement international, avec un système de réapprovisionnement en place pour assurer la disponibilité des produits pharmaceutiques et des consommables pendant toute la période de déploiement.
2. Les EMT doivent assurer l'accès à une chaîne d'approvisionnement efficace et fiable en médicaments anesthésiques, y compris en opioïdes et en analgésiques.
3. Un inventaire complet des articles déployés doit être disponible à tout moment, sous forme électronique et sur support papier, et des inventaires doivent être effectués régulièrement afin de conserver une vue d'ensemble des stocks existants, de suivre les tendances de la consommation et de conserver une trace d'audit permettant le contrôle des stocks.
4. Attribuer un espace dédié à la pharmacie et au stockage des fournitures médicales avec un accès restreint.
5. Les EMT doivent disposer de contenants de stockage appropriés pour les fournitures et le matériel médical et pharmaceutique, en veillant à ce que ces contenants soient clairement identifiés et protégés de la chaleur ainsi que de l'humidité.
6. Les médicaments et les vaccins relevant de la chaîne du froid nécessitent pour leur transport un emballage spécial et un conditionnement réalisé par des professionnels. Cela doit comprendre un système de suivi de la température pour identifier les ruptures de la chaîne du froid.⁶¹
7. Un mécanisme strict de surveillance de l'utilisation des médicaments soumis à un contrôle doit être mis en place ; il doit permettre de limiter l'accès au seul personnel autorisé et être conforme à la réglementation en vigueur dans le pays.
8. Les EMT doivent assurer l'accès à un approvisionnement en oxygène efficace et fiable permettant de couvrir les besoins de l'équipe médicale pour répondre aux normes cliniques de soins.⁶²

⁶¹ MSF. *Guideline - Gestion de la chaîne de froid* (2014) (https://bibop.ocg.msf.org/docs/49/L015ZCHG01F_GestionChaineFroid.pdf).

⁶² PAHO. *COVID-19 Basic Manual on oxygen supply systems in EMTs and AMCS* (<https://www.paho.org/en/documents/covid-19-basic-manual-oxygen-supply-systems-emts-and-amcs>).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Anticiper les difficultés que peuvent poser l'achat et le transport de substances soumises à contrôle au regard des réglementations et des restrictions pouvant exister, tant dans le pays d'origine que lors de déploiements dans des pays étrangers.
2. Les EMT doivent prévoir un délai d'au moins 24 heures pour une riposte nationale et d'au moins 72 heures pour une riposte internationale afin de couvrir le conditionnement et le transport des produits nécessitant le respect d'une chaîne du froid.
3. Les plans de transport doivent tenir compte de la problématique de la gestion des gaz volatils.
4. Toutes les EMT doivent calculer le nombre de points de consommation d'oxygène qui seront nécessaires dans la structure et/ou les véhicules, et prévoir le matériel et les consommables minimums nécessaires.

Structures de Type 1 et de Type 2

- Elles assurent un approvisionnement en oxygène à l'aide de bouteilles et/ou de concentrateurs.

Structures de Type 3

- Elles assurent l'approvisionnement en oxygène à l'aide de bouteilles et/ou de concentrateurs, ou par le biais d'un système centralisé qui peut être installé au sein des systèmes centralisés d'approvisionnement en oxygène existants, ou à partir de sources d'oxygène, par exemple de réservoirs d'oxygène liquide, de gazéificateurs ou par adsorption modulée en pression (en anglais Pressure Swing Adsorption, soit PSA).

Notes d'orientation

- Les approches recommandées pour assurer une préparation opérationnelle efficace des stocks comprennent le stockage sous une forme « prête à l'emploi » avec des rotations régulières, le stockage dans un entrepôt centralisé de la pharmacie avec une approche de conditionnement « en flux tendu », ou le recours à des grossistes privés. Le choix de la solution doit tenir compte de la meilleure façon possible de disposer de stocks et de pouvoir y accéder en temps voulu tout en minimisant le gaspillage.
- Lorsqu'il se trouve dans un entrepôt, le matériel médical doit être entretenu conformément aux instructions des fabricants. Cela comprend le bon entretien des batteries et le respect des contrôles biomédicaux réguliers. D'une manière générale, il convient de respecter les normes nationales relatives à la fréquence des contrôles et de tenir un registre des équipements pour tous les équipements médicaux essentiels, comme les respirateurs et les moniteurs de surveillance.
- Pour assurer un transport sûr des médicaments soumis à un contrôle, le transport de la quantité requise de ces médicaments peut être réalisé dans une valise verrouillée prise en charge par un membre du personnel autorisé et muni des documents d'exportation et d'importation appropriés, lorsque cela s'avère nécessaire.

6.2.7 Gestion des dons

Les EMT doivent avoir mis en place des procédures conformes aux normes nationales et internationales pour les dons de produits pharmaceutiques, de matériel et/ou de l'ensemble de leurs installations sur le terrain.

Les EMT doivent disposer de procédures écrites concernant les dons de médicaments et de consommables à usage médical aux établissements de santé locaux. Des précautions doivent être prises pour éviter que la réalisation de dons inutiles n'entraîne un surplus de stock et une péremption des produits ayant fait l'objet d'un don. Les procédures doivent être adaptées à la politique locale ou nationale en matière de dons, mais ne doivent pas s'écarter des lignes directrices reconnues en matière de dons de médicaments et de matériel médical.⁶³

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les EMT ne doivent pas donner de médicaments dont la date d'expiration sera dépassée après moins de six mois, et doivent se baser sur la politique nationale en matière de dons qui peut spécifier la durée de conservation minimale acceptable pour les médicaments faisant l'objet de dons.
2. Tous les médicaments donnés ou leurs équivalents génériques doivent être approuvés pour une utilisation dans le pays bénéficiaire, et ils doivent figurer sur la liste nationale des médicaments essentiels ou son équivalent, ou dans les guides thérapeutiques normalisés du pays.
3. Les médicaments doivent être conformes aux règles internationales en matière de dons en termes de dates de péremption, de conditionnement et d'étiquetage.
4. Les médicaments et les autres consommables à usage médical susceptibles d'être périmés ou d'avoir été endommagés au cours du déploiement doivent être détruits conformément aux protocoles en vigueur dans le pays et aux recommandations de l'OMS.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Le matériel faisant l'objet d'un don par les EMT doit être en conformité avec les systèmes d'achat et de maintenance du ministère de la santé et pouvoir être utilisé en toute sécurité par le personnel local.⁶⁴
2. Les EMT sont encouragées à faire don d'articles techniques, y compris d'un hôpital de campagne complet, à condition qu'une formation de soutien ainsi qu'un stockage approprié puissent être assurés et que ces dons soient bien utilisés.

⁶³ Organisation mondiale de la Santé (2011); Guidelines for medicine donations, revised 2010; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501989>

⁶⁴ World Health Organization. (1997). Guidelines for health care equipment donations. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70806>

6.2.8 Sûreté et sécurité

Les EMT doivent faire prendre toutes les précautions qui s'imposent pour assurer la sécurité de leur personnel et de leurs patients pendant leur déploiement, en mettant en place des plans de gestion ainsi que des mesures pratiques adaptées au contexte opérationnel, et en communiquant ces plans aux personnes concernées.

Dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail, le devoir de protection constitue une exigence morale généralement acceptée, codifiée dans la loi en tant que principe général, et souvent précisée dans les règles et règlements relatifs à un secteur d'activité particulier. Le travail des EMT doit être considéré comme l'un de ces secteurs, avec ses propres caractéristiques. Différentes difficultés peuvent être rencontrées lors de la gestion des EMT, notamment pour s'assurer que des mesures raisonnables et appropriées ont bien été prises concernant les risques en matière de sécurité, et pour déterminer comment préparer et prendre en charge au mieux le personnel pendant et après son déploiement.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les organisations des EMT qui déploient des équipes ont un devoir légal et moral d'assurer la protection de la santé, la sûreté et la sécurité de leur personnel, que celui-ci soit ou non en service.
2. Au niveau du siège, une politique de sécurité doit être mise en place et communiquée, décrivant les rôles et les responsabilités de l'organisation en matière de sécurité, et définissant clairement le seuil institutionnel de risque acceptable.
3. Sur le terrain, les EMT doivent mettre en place un dispositif de gestion des risques de sécurité, y compris un système d'alerte rapide.
4. Les EMT doivent mettre en place des systèmes de gestion des incidents critiques pour faire face aux événements graves en matière de sécurité pendant les opérations.
5. Élaborer un plan de sécurité et de santé au travail pour la sécurité ainsi que pour la prévention et le contrôle des risques sur le lieu de travail.⁶⁵

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les EMT doivent prévoir des aménagements séparés pour les hommes et pour les femmes, notamment lorsque la mixité est jugée inconvenante.
2. Selon le contexte, des clôtures peuvent être installées en utilisant différents types de matériaux de hauteurs différentes, mais, en règle générale, il conviendra de veiller à ce que la structure sanitaire soit suffisamment visible pour favoriser l'engagement de la communauté.

⁶⁵ Organisation mondiale de la Santé & Bureau international du Travail. [2020]. Sécurité et santé au travail durant les crises sanitaires : un manuel pour la protection des personnels de santé et des équipes d'intervention d'urgence. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333779>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

3. Le matériel peut comprendre des extincteurs à poudre ABC, des extincteurs à CO2, des couvertures anti-feu ou d'autres types d'extincteurs portables. Ces équipements doivent être complétés par une formation, la présence d'un personnel compétent ainsi que des plans et des procédures d'évacuation.

Notes d'orientation

- Le dispositif de gestion des risques de sécurité doit comprendre :
 - Une évaluation des risques locaux basée sur le contexte opérationnel pertinent ;
 - Un plan de sécurité écrit ; et
 - Un ensemble de mesures pratiques, individuelles et pour toute l'équipe, destinées à réduire l'impact et/ou la probabilité des risques de sécurité qui évoluent au cours des opérations. Dans l'idéal, ces mesures seront pilotées par un point focal pour la sécurité identifié au sein de l'équipe.
- Les EMT disposeront de toute une série d'approches en matière de sécurité, chacune devant toutefois prévoir un lien avec les autorités locales ainsi que des dispositions permettant de partager rapidement les mises à jour en matière de sécurité avec le personnel déployé (principe du consentement éclairé).
- Des plans d'urgence de sécurité pour les incidents les plus graves doivent être élaborés, communiqués et simulés, notamment, mais sans s'y limiter, pour les situations dans lesquelles le personnel serait blessé ou malade ou en cas de décès d'un membre du personnel, pour le déménagement/l'extraction de l'équipe, pour la mise en hibernation et pour tout autre incident identifié lors de l'évaluation des risques pour l'équipe.
- Toutes les EMT doivent disposer du matériel et d'une formation nécessaires pour lutter contre les incendies, adaptés en fonction de leurs propres risques d'incendie, notamment la capacité de combattre différents types d'incendie, et un mécanisme d'alerte doit être en place.
- Prévoir un éclairage extérieur autour de la structure sanitaire, y compris dans les zones périphériques, afin de permettre aux patients et au personnel de se déplacer en toute sécurité la nuit. Dans les zones de soins à l'intérieur de la structure, l'éclairage doit être suffisant pour permettre la réalisation des actes médicaux.

6.2.9 Conception, environnement et ventilation de la structure

Les EMT doivent être en mesure de fournir des installations appropriées et acceptables pour assurer les soins cliniques et répondre aux besoins du personnel.

Les EMT doivent concevoir et mettre en œuvre une organisation et des mesures de sécurité pour que la structure soit sûre et fonctionnelle. Cela comprend des éléments physiques et environnementaux tels que l'éclairage, les clôtures, la préparation du terrain et une ventilation naturelle suffisante, qui peut être complétée par une ventilation mécanique si nécessaire. Le personnel déployé dans des situations d'urgence doit pouvoir compter sur l'organisation de son EMT pour lui fournir un hébergement, des services et des conditions de travail adéquates qui prennent en compte sa sécurité et son bien-être afin qu'il puisse mener à bien ses activités visant à sauver des vies.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Les espaces doivent être conformes aux normes minimales de l'OMS en ce qui concerne le nombre de patients et la distance entre les brancards,⁶⁶ et être réalisés dans un matériau résistant à l'eau et facile à nettoyer avec des désinfectants.
2. Les abris choisis doivent être suffisamment résistants pour supporter l'usure normale causée par les interventions d'urgence, les conditions rigoureuses du transport et le climat dans lesquelles ils sont utilisés.
3. Les abris doivent être de hauteur suffisante pour permettre au personnel soignant de se déplacer aisément et fournir le maximum d'espace en disposant de parois verticales ou quasi verticales.
4. Tous les espaces réservés aux patients doivent être conçus pour permettre une ventilation croisée et un accès aux personnes handicapées ou à mobilité réduite.
5. Le sol doit reposer sur une base solide et être recouvert d'une surface antidérapante, résistante à l'usure, ignifugée, imperméable et antistatique.
6. Toutes les structures sanitaires doivent disposer d'un système de ventilation naturelle et/ou mécanique, en fonction des conditions locales.⁶⁷
7. La circulation de l'air doit toujours être dégagée et contrôlée, avec un flux unidirectionnel des zones propres vers les zones sales.
8. Des zones/services d'hospitalisation séparés et bien ventilés doivent être réservés aux patients chez qui la présence d'une maladie infectieuse est suspectée.

⁶⁶ WHO Infection Prevention and Control (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control>).

⁶⁷ Organisation mondiale de la Santé (2009); Utilisation de la ventilation naturelle pour lutter contre les infections en milieu de soins. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44434>

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les EMT déployées dans des régions froides ou chaudes doivent être en mesure de réguler soigneusement la climatisation de certaines zones pour que la température reste comprise entre 20 et 30 °C, notamment dans les salles d'opération, les pharmacies, les laboratoires et les zones réservées aux patients.
2. La mesure de la concentration en CO₂ peut constituer une mesure approximative et un indicateur acceptable du taux de ventilation et de la qualité de l'air. Des appareils de mesure du CO₂ précis et abordables sont disponibles sur le marché pour mesurer la qualité de l'air à l'intérieur.
3. La vitesse et la direction des vents dominants changent en fonction de l'endroit où l'on se trouve.⁶⁸ Il est recommandé d'utiliser un anémomètre pour effectuer des mesures de la vitesse et de la direction du vent, et de définir ces paramètres au cours du processus d'évaluation du site.

Notes d'orientation

- Les éléments les plus importants du refroidissement passif sont la présence de fenêtres et de protections contre le soleil. Les fenêtres constituent la principale source de gain de chaleur, que ce soit par rayonnement direct ou par conduction, et aussi de refroidissement, par le biais d'une ventilation transversale ou avec un ventilateur, de l'accès à un courant d'air frais et d'une purge nocturne.
- Les chambres normales de patients hospitalisés qui ne sont pas destinées à recevoir des patients atteints de maladies infectieuses nécessitent au moins quatre renouvellements d'air par heure.
- La présence de moustiquaires réduit de 50 % la surface de l'ouverture considérée.
- La condition à respecter pour une chambre d'isolement est une ventilation suffisante d'au moins 6 renouvellements d'air par heure (équivalent à 40 L/s par patient par m³ de la chambre en question).
- Un vestibule ou un sas doit être utilisé pour empêcher la transmission d'agents infectieux lors de l'ouverture de la porte.

⁶⁸ <https://globalwindatlas.info>

6.2.10 Mobilisation

Les EMT doivent être capables de se mobiliser dans les plus brefs délais en assurant des interventions générales et des interventions auprès des institutions pour renforcer leur état de préparation opérationnelle.

Les processus de mobilisation des EMT sont soumis à des contraintes de temps et exigent le recours à de nombreux circuits organisationnels et opérationnels, lesquels doivent souvent se dérouler en parallèle. La rapidité de la mobilisation et de la réalisation d'actions initiales efficaces ainsi que le fait de maîtriser les procédures organisationnelles sont des éléments essentiels de l'état de préparation organisationnelle et de la riposte. Une préparation adaptée contribue également à protéger les membres de l'équipe d'un stress supplémentaire que pourrait causer une formation ou une préparation insuffisante.⁶⁹

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Élaborer des protocoles d'activation avec un calendrier et des algorithmes (ou similaires) clairs pour identifier les étapes nécessaires à la mobilisation de l'équipe et du matériel.
2. Il est essentiel de disposer de canaux de communication pour informer et dispatcher du personnel qualifié, organiser la mise à disposition du matériel et obtenir les autorisations nécessaires.
3. Les EMT doivent se conformer aux conditions prévues par le cadre réglementaire pour le transport des matières dangereuses, et le conditionnement doit être conforme aux réglementations en vigueur aux niveaux national et international.⁷⁰
4. Les procédures de dédouanement doivent toujours être anticipées et dûment documentées (documents d'expédition, manifestes, dédouanement et documents d'arrivée).
5. Les EMT doivent au minimum avoir une solution primaire disponible 24h/24 pour permettre le transport de matériel et d'un centre de stockage plus du personnel vers une base sur le terrain.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Des accords pré-négociés doivent être conclus pour le transport des cargaisons.
2. Les EMT doivent être en mesure d'indiquer le poids et le volume de leur cargaison, les conditions requises pour son déchargement ainsi que les heures d'arrivée prévues si elles sollicitent une assistance pour le transport local et le transport du « dernier kilomètre ».

⁶⁹ Quevillon, R.P. et al. Helping the helpers: assisting staff and volunteer workers before, during and after disaster relief operations. *J Clin Psychol*, 2016; 72(12):1348-1363.

⁷⁰ UNECE; Recommandations relatives au transport des marchandises dangereuse; Règlement type, Nature, Objet et Portée des Recommandations; <https://unece.org/fr/about-recommendations>

Notes d'orientation

- Les EMT doivent concevoir l'agencement de leur entrepôt pour qu'il corresponde à la priorité de chargement des palettes avec des kits préconditionnés, étiquetés et fermés de façon étanche. Certaines EMT disposent de cartes d'activation d'algorithme, et d'un personnel supplémentaire pour couvrir les besoins au niveau des entrepôts pendant le déploiement.
- Le système d'étiquetage des paquets de matériel doit indiquer le contenu du paquet (soit par domaine, soit par zone d'utilisation dans la structure), le niveau de priorité lors du chargement ou du déchargement (suivant le critère du premier entré, dernier sorti) et la zone dans laquelle se trouve le paquet dans le plan de la cargaison.
- Le poids/volume des paquets de matériel doit être pris en compte lors de la programmation du transport commercial ou par fret aérien afin de faciliter leur manutention au sol. Les options disponibles comprennent notamment la définition d'une limite de poids pour chaque paquet de sorte que quatre personnes soient en mesure de le porter, et la mise à disposition d'un équipement de manutention au sol pendant le déploiement.
- Certaines EMT ont conçu des kits de démarrage pour leurs consommables à usage médical, ce qui équivaut approximativement à trois jours d'approvisionnement sur un total de 14 jours. Cette méthode peut faciliter l'acheminement d'un stock initial en même temps que celui du personnel d'urgence, et le reste de la cargaison sera expédié en utilisant une solution de fret.



6.2.11 Évaluation du site et planification

Les EMT sont à même de procéder à une évaluation des emplacements possibles⁷¹ et d'adapter leur configuration aux conditions locales, notamment la possibilité de travailler au sein des établissements de santé existants ou de les renforcer.

Les EMT doivent soigneusement, mais le plus rapidement possible, mener une évaluation de leur site et réfléchir à la configuration (l'agencement) à adopter sur la base de critères prédéfinis. Plusieurs EMT envisagent d'envoyer des équipes multidisciplinaires en amont de l'équipe principale pour commencer les préparatifs et choisir l'endroit le plus approprié en fonction des besoins identifiés. Cette équipe de pointe doit posséder de solides connaissances techniques ainsi que les compétences non techniques et la sensibilité culturelle requises pour négocier l'accès à la communauté, obtenir sa confiance et lui faire accepter le plan proposé.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Planifier la configuration (disposition) en fonction des scénarios prévus, en tenant compte d'au moins deux contraintes au sol différentes (contraintes verticales et contraintes horizontales).
2. Avant l'acheminement du personnel et des cargaisons sur le site, une équipe multidisciplinaire avancée ou des membres de l'équipe doivent effectuer une évaluation de ce site, y compris des risques pour la sécurité et la sûreté, à l'aide d'un outil validé.
3. Les EMT doivent être en mesure de travailler dans des environnements urbains et sur un espace limité, ainsi qu'en milieu rural et dans des lieux éloignés.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Prévoir la possibilité d'une extension de la structure en cas d'incident de masse ou de flambée épidémique ; une flambée épidémique peut notamment occasionner des complications, en particulier si cette extension de la structure s'accompagne d'une obligation pour les travailleurs de porter des EPI.

Notes d'orientation

- La première esquisse d'un plan du site permet de commencer les travaux de drainage et de nivellement avant la construction, pendant que le matériel est en cours d'acheminement.
- Le nivellement et la préparation du terrain facilitent la réalisation des étapes ultérieures des travaux, notamment le drainage de l'eau ainsi que le montage des tentes et des différentes infrastructures. Les structures de Type 2 et de Type 3 étant susceptibles de faire appel à des machines pour faciliter ce travail, cette forme d'intervention nécessite un consentement et un engagement de la part de la communauté.

⁷¹ Emplacement géographique pour le montage des structures et la prestation des soins de santé.

6.2.12 Construction séquentielle

Les EMT doivent établir un ordre de priorité dans la création de leur structure de manière à ce que les zones et les services nécessaires aux soins urgents des patients soient mis en place en premier pendant que se termine la construction du reste de la structure, ce qui permet à certaines fonctions d'être opérationnelles avant que le déploiement ne soit complètement terminé.

Lors des interventions à caractère urgent mises en place en cas de catastrophe soudaine, les EMT doivent être préparées à traiter le plus rapidement possible les patients en phase aiguë, y compris ceux qui se présentent au cours de la mise en place de la structure. Il peut s'agir notamment d'interventions chirurgicales, alors que les services postopératoires et les services d'hospitalisation sont toujours en cours d'installation. Le recours à une planification et à des stratégies adaptées peut permettre aux EMT de réduire le temps opérationnel entre leur arrivée sur le site qui leur a été attribué et le début de la prise en charge de patients.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Anticiper, planifier et coordonner l'ordre dans lequel les différents éléments sont chargés et déchargés de manière à ce que les éléments pertinents soient disponibles en premier une fois arrivés à destination.
2. Mettre en place une procédure claire, étape par étape, pour la construction séquentielle de la structure, en tenant compte de la priorité accordée aux services de soins ainsi qu'à la sécurité et au bien-être du personnel.
3. Des exercices pratiques de construction séquentielle de structures temporaires doivent être effectués régulièrement (au moins une fois par an) afin d'améliorer les mesures de sécurité et de raccourcir les délais de déploiement et de construction.
4. Ce processus doit inclure des éléments d'information et de communication, des messages clés et la consultation des communautés.

Notes d'orientation

- Une fois la phase de préparation terminée, apposer sur chaque paquet un autocollant de couleur. Ces autocollants indiquent la priorité de chargement. Au moment de la réception sur place, par exemple à l'aéroport d'entrée, ces autocollants indiqueront l'ordre de priorité d'envoi des paquets vers la zone de déploiement. Une fois sur le site, ils indiqueront leur ordre de priorité, la catégorie technique de leur contenu et la zone de livraison sur le schéma de configuration du site.
- L'un des calendriers proposés pour la construction séquentielle est de commencer par construire les sections où seront prodigués les soins aigus et les sections où sera assuré le soutien opérationnel nécessaire, puis, lorsque cela est pertinent, de continuer par la construction des structures où seront réalisées les interventions chirurgicales critiques et des zones d'hospitalisation. Les autres zones de soins et les zones de soutien clinique et opérationnel moins essentielles suivront immédiatement après. Les zones critiques permettant d'assurer la sécurité et le bien-être du personnel doivent être mises à disposition dès que possible.

6.2.13 Démobilisation

Les EMT doivent disposer de plans et de procédures permettant d'assurer une démobilisation coordonnée de manière à prolonger au maximum la durée des opérations et à réduire au minimum les perturbations, afin de favoriser le relèvement des services de santé locaux normaux et de limiter l'impact sur l'environnement local.

Il est important que la phase de démobilisation de chaque EMT se fasse de manière synchronisée avec la stratégie de sortie et la cessation progressive de la fourniture de soins cliniques ou la transition vers des prestataires locaux ou vers une autre option convenue. Pour leur démobilisation, les EMT doivent disposer d'un cadre de planification ; ce cadre doit couvrir les ressources humaines et financières nécessaires, afin de s'assurer que l'EMT peut être démobilisée de manière efficace sans perturber les services de santé. Cette phase importante, souvent appelée « logistique inverse », comprend le reconditionnement dans un délai acceptable afin de faciliter la préparation opérationnelle pour les opérations futures. Il est souvent utile d'avoir recours à des listes de contrôle, et la planification de la sortie doit commencer sitôt que le déploiement est envisagé.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Définir des procédures et des actions clés pour encadrer le processus de démobilisation, avec notamment une exécution échelonnée, de sorte que les services de soutien clinique et opérationnel non essentiels soient démantelés en premier, en assurant une formation de chaque membre de l'équipe.
2. Planifier la logistique inverse lorsque cela est indiqué, ce qui aide à réaliser de manière appropriée le traitement des matières dangereuses ainsi que le recyclage des biens, des équipements obsolètes ou des produits inutilisés.
3. Réaliser les conditionnements pour le transport, y compris pour la prise en charge des produits dangereux. Une estimation du poids et du volume devra être effectuée pour les phases de transport par voie routière, aérienne ou maritime.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Coordonner la sortie et le transfert des services, des équipements et des consommables avec les autorités sanitaires locales/la cellule de coordination des EMT au moins sept jours avant la cessation d'activité.
2. Un engagement de la communauté doit être organisé longtemps à l'avance, accompagné de messages clairs l'informant des autres services disponibles, des établissements de santé situés à proximité et des autres EMT.
3. Avant le déploiement, prévoir et préparer une description et une analyse des éléments qui seront à mettre au rebut, de ceux qui seront réutilisés et de ceux qui seront donnés.

Notes d'orientation

- Une attention particulière doit être accordée au traitement et à la fermeture du secteur de la gestion des déchets et de l'assainissement, en tenant compte de mesures telles que le traitement chimique et le scellement des fosses avec du béton.
- Envisager d'augmenter le nombre des membres de l'équipe de soutien opérationnel pour faire face à l'augmentation de la charge de travail pendant la phase de logistique inverse.
- Plusieurs EMT ont, dans le cadre de leur plan de logistique inverse, procédé à un pré-codage de leur liste de matériel centralisée selon les catégories suivantes : à renvoyer impérativement, à renvoyer probablement, et à ne pas renvoyer.



6.3 Normes techniques de soutien opérationnel (WASH)

Les normes techniques WASH qui régissent bon nombre des précautions standard de la lutte anti-infectieuse et de l'autosuffisance des EMT.

Normes techniques WASH (tableau récapitulatif)

Approvisionnement en eau : les EMT doivent faire en sorte que les patients, les soignants et le personnel disposent à tout moment d'une quantité suffisante d'eau potable, distribuée au moyen de points et d'installations de collecte d'eau appropriés, afin de permettre la réalisation des activités médicales, d'hygiène personnelle, de boisson, de cuisine, de nettoyage et de lessive.

Hygiène : les EMT doivent faire en sorte que le personnel et les patients soient en mesure de respecter les mesures d'hygiène des mains dans l'ensemble de la structure en favorisant l'accès à des produits et à des emplacements pour le lavage des mains qui soient adaptés sur le plan culturel, et qu'ils aient un accès approprié à des douches, à des espaces sûrs et à du matériel pour l'hygiène personnelle et l'hygiène menstruelle.

Nettoyage de l'environnement : les structures des EMT et leur environnement immédiat doivent toujours rester propres et hygiéniques. Tous les types d'EMT doivent disposer de procédures écrites et de supports adaptés pour le nettoyage immédiat, le nettoyage de routine et le nettoyage final afin de réduire les risques d'infection.

Gestion des déchets provenant des activités de soins : les EMT ont la responsabilité de la gestion et de l'élimination en toute sécurité des déchets provenant des activités de soins produits dans leurs structures. La gestion sûre des déchets provenant des activités de soins se fait en plusieurs étapes : réduction au minimum, séparation, collecte, stockage, traitement et élimination finale.

Assainissement : les EMT doivent faire en sorte que les patients, le personnel et les soignants disposent de moyens accessibles, appropriés, sûrs et suffisants ainsi que de procédures bien documentées pour la gestion des excréments ainsi que des eaux grises et pluviales de façon à limiter la transmission des maladies.

Lutte contre les vecteurs et les nuisibles : les EMT doivent faire en sorte que les patients, le personnel et les aidants soient protégés contre les vecteurs de maladies et les nuisibles en utilisant le matériel et les méthodes appropriés et adaptés au contexte local.

Prise en charge des cadavres : les EMT doivent être en mesure de prendre en charge les cadavres d'une manière qui soit digne, adaptée sur le plan culturel, sûre et conforme aux pratiques de santé publique.

6.3.1 Approvisionnement en eau

Les EMT doivent faire en sorte que les patients, les soignants et le personnel disposent à tout moment d'une quantité suffisante d'eau potable, distribuée au moyen de points et d'installations de collecte d'eau appropriés, afin de permettre la réalisation des activités médicales, d'hygiène personnelle, de boisson, de cuisine, de nettoyage et de lessive.

Les EMT doivent fournir ou avoir accès à une capacité d'approvisionnement en eau fiable, avec une redondance en cas de rupture d'approvisionnement. En l'absence d'une eau saine, elles ne seront pas en mesure de fournir des soins sûrs et risqueront d'exposer le personnel, les patients et les populations locales à la transmission de maladies infectieuses et à une aggravation des problèmes de santé publique. Elles doivent s'assurer que l'expertise technique pour mener à bien les activités de gestion de l'eau est bien disponible, ce qui souligne à nouveau la nécessité d'une composante solide pour appuyer le fonctionnement de chaque EMT.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Des équipements adaptés sont en place pour traiter une quantité suffisante d'eau brute en fonction des besoins par type d'EMT, et l'expertise est disponible pour assurer le bon fonctionnement de ces équipements.
2. Effectuer le calcul de la quantité d'eau⁷² nécessaire en fonction des normes minimales recommandées :
 - 40 à 60 litres par membre du personnel et par jour ;
 - 5 litres par patient externe ;
 - 40 à 60 litres par patient hospitalisé et par jour ; et
 - 100 litres par intervention chirurgicale et par accouchement.
3. Faire en sorte que les technologies et les procédures de traitement de l'eau à partir des ressources en eau brute locales disponibles soient conformes aux normes de l'OMS^{73, 74} et aux normes réglementaires en vigueur dans le pays.⁷⁵
4. L'eau est traitée avec un désinfectant de sorte que la concentration de chlore résiduel libre dans l'eau sortant des robinets soit comprise entre 0,5 et 1 mg par litre,⁷⁶ et que sa turbidité soit inférieure à 5 unités de turbidité néphélobimétrique (UTN). Le test de 100 ml⁷⁷ d'eau prélevée au point de distribution ne doit montrer la présence d'aucun coliforme fécal.

⁷² Organisation mondiale de la Santé (2013); Quelle est la quantité d'eau nécessaire en situation d'urgence; [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/who-tn-09-how-much-water-is-needed.pdf?sfvrsn=1e876b2a_6](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/who-tn-09-how-much-water-is-needed.pdf?sfvrsn=1e876b2a_6;); « Une quantité supplémentaire peut être nécessaire pour les machines à laver, le lavage des ambulances, et ces autres éléments doivent être pris en compte dans les calculs de la quantité totale à prévoir. »

⁷³ Organisation mondiale de la Santé (2017); Directives de qualité pour l'eau de boisson: Quatrième édition intégrant le premier additif; <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241549950>

⁷⁴ Organisation mondiale de la Santé (2011); Safe drinking-water from desalination; https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70621/WHO_HSE_WSH_11.03_eng.pdf?sequence=1%20

⁷⁵ World Health Organization. (2018). A global overview of national regulations and standards for drinking-water quality. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/272345>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁷⁶ World Health Organization (2013); Measuring Chlorine levels in water supplies; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/who-tn-11-measuring-chlorine-levels-in-water-supplies.pdf?sfvrsn=616c5e2a_4

⁷⁷ Bain R, Bartram J, Elliott M, Matthews R, McMahan L, Tung R, Chuang P, Gundry S. A summary catalogue of microbial drinking water tests for low and medium resource settings. Int J Environ Res Public Health. 2012 May;9(5):1609-25. doi: 10.3390/ijerph9051609. Epub 2012 May 4. PMID: 22754460; PMCID: PMC3386575.

5. S'assurer que des kits de test pour l'analyse de la qualité et de la salubrité de l'eau sont disponibles et en état de fonctionnement, et tenir des registres de l'analyse de la qualité et de la salubrité de l'eau.
6. Assurer une capacité de stockage minimale de 48 heures d'eau potable afin de garantir un approvisionnement constant en eau, même en cas d'interruptions de courte durée.
7. Faire en sorte que le personnel soit formé aux différents aspects des systèmes d'approvisionnement en eau, notamment l'alimentation du système, le traitement, le stockage et la distribution.
8. Les structures de Type 2 et de Type 3 nécessitent l'installation d'un système d'alimentation en eau sous pression afin de garantir une alimentation en eau suffisante à tout moment, en particulier dans les zones où sont fournis des soins critiques.
9. Prévoir des points de distribution d'eau potable en nombre suffisant dans chaque zone d'attente, dans les zones où sont fournis des soins cliniques, dans les points où est préparée la nourriture, dans les salles à manger et dans les zones de repos du personnel.

Notes d'orientation

- Les résultats des tests de détection de l'*Escherichia coli* sont généralement obtenus en 24 heures, et, au cours de la phase de riposte à une situation d'urgence, il n'est pas toujours possible d'effectuer ce type de tests pour chaque cargaison d'eau qui passe par le système des EM.
- La meilleure façon de réduire le risque d'utilisation d'eau insalubre est de recourir à une approche à barrières multiples pour le traitement de l'eau. Chaque étape du processus, depuis la protection des sources jusqu'au traitement de l'eau et à son stockage sûr, contribue à réduire les risques sanitaires.
- Pour réduire les risques de contamination croisée, envisager d'installer à tous les points d'approvisionnement en eau ou aux postes de lavage des mains des utilisateurs finaux des robinets infrarouges à commande au pied, au coude ou à capteur.
- Anticiper le besoin en équipements supplémentaires, par exemple en pompes submersibles, en pompes centrifuges ou en équipements de transport, qui permettront de s'adapter à un plus grand nombre de situations, notamment pour la collecte de l'eau et son transport vers la zone de traitement.

⁷⁸ Centre for Affordable Water and Sanitation Technology. Fact sheets on HWTS methods (<http://www.cawst.org/en/resources/pubs>)

6.3.2 Hygiène

Les EMT doivent faire en sorte que le personnel et les patients soient en mesure de respecter les mesures d'hygiène des mains dans l'ensemble de la structure en favorisant l'accès à des produits et à des emplacements pour le lavage des mains qui soient adaptés sur le plan culturel, et qu'ils aient un accès approprié à des douches, à des espaces sûrs et à du matériel pour l'hygiène personnelle et l'hygiène menstruelle.

Dans les établissements de santé, le respect strict des règles d'hygiène des mains constitue la pierre angulaire de la lutte anti-infectieuse et la première mesure à prendre pour prévenir les infections associées aux soins de santé et empêcher la propagation de la résistance aux agents antimicrobiens. Les EMT doivent impérativement prévoir un dispositif de lavage des mains avec de l'eau et du savon dans les zones de soins et les toilettes.⁷⁹ Le personnel et les patients doivent avoir accès à des douches et à des points d'eau pour leur hygiène personnelle dans des zones non mixtes. Les femmes et les filles doivent avoir un accès adapté sur le plan culturel à des espaces sûrs dotés d'installations et de produits de toilette adéquats pour procéder à la gestion de leur hygiène menstruelle. Le personnel des EMT doit être sensibilisé aux pratiques, normes et croyances associées à la gestion de l'hygiène menstruelle dans les communautés locales.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

Hygiène des mains

1. Mettre à disposition des postes de lavage des mains⁸⁰ dans les zones de soins, notamment dans chaque service d'hospitalisation, salle d'opération, salle d'urgence, salle d'accouchement, unité d'isolement, service de consultations externes ainsi que dans les autres zones de soins cliniques, les services de laboratoire, les services de soins de santé et les autres services analogues.
2. Faire en sorte que chaque station d'hygiène des mains dans chaque zone de soins soit approvisionnée en solution désinfectante/gel hydroalcoolique pour les mains.⁸¹
3. Mettre en place des stations de lavage des mains à moins de cinq mètres des toilettes, dans les zones de préparation et dans les zones de consommation de la nourriture, et dans les points de transition entre les zones de soins et les zones de repos du personnel.
4. Chaque service d'hospitalisation de plus de 20 lits doit disposer d'au moins deux stations d'hygiène des mains.
5. Des supports d'information, d'éducation et de communication (IEC) sur l'hygiène des mains bien visibles et faciles à comprendre doivent être placés à différents endroits stratégiques.

⁷⁹ World Health Organization & WHO Patient Safety. [2009]. WHO guidelines on hand hygiene in health care. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44102>

⁸⁰ Chaque station de lavage des mains doit être équipée d'eau et de savon, de robinets ou de pompes activées par le coude, de papier pour se sécher les mains et d'une poubelle où jeter le papier utilisé pour se sécher les mains.

⁸¹ Les « stations de lavage des mains » font référence au lavage des mains avec de l'eau et du savon, tandis que les « stations d'hygiène des mains » englobent à la fois le frottement des mains avec une solution hydroalcoolique et les stations de lavage des mains.

Hygiène personnelle

6. Mettre en place des douches adaptées et séparées (pour les hommes et pour les femmes) dans les secteurs d'hospitalisation et pour le personnel, dans un endroit facile d'accès et sûr.
7. Fournir des produits d'hygiène aux patients pour qu'ils les utilisent dans la structure sanitaire, en accordant une attention particulière aux personnes à mobilité réduite et aux personnes présentant des problèmes particuliers du fait de leur maladie ou de facteurs culturels.
8. Afficher des posters sur les meilleures pratiques en matière d'hygiène personnelle et de respect des règles d'hygiène respiratoire.
9. Mettre à la disposition des femmes et des jeunes filles des endroits appropriés dans les structures d'hospitalisation pour qu'elles puissent effectuer leurs pratiques d'hygiène menstruelle, notamment des moyens de se laver dans les toilettes.⁸²

Notes d'orientation

- L'OMS recommande des formulations pour la friction des mains à produire localement ; toutes sont à base d'alcool et de composants d'ingrédients facilement accessibles.⁸³
- Les structures de préparation de la nourriture doivent être tenues parfaitement propres et respecter les Cinq clés pour des aliments plus sûrs.⁸⁴

⁸² Research for Health in Humanitarian Crises (R2HC) (2017); UN INSTRUMENT DESTINÉ À INTÉGRER LA GESTION DE L'HYGIÈNE MENSTRUELLE (GHM) DANS LA RÉPONSE HUMANITAIRE LE MINI-GUIDE; <https://www.humanitarianlibrary.org/sites/default/files/2020/07/Instrument%20GHM.pdf>

⁸³ Organisation mondiale de la Santé (2011); Guide de production locale : formulations des produits hydro-alcooliques recommandés par l'OMS; <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332005/WHO-IER-PSP-2010.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁸⁴ Organisation mondiale de la Santé (2006). Cinq clés pour des aliments plus sûrs : manuel. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43614>

6.3.3 Nettoyage de l'environnement

Les structures des EMT et leur environnement immédiat doivent toujours rester propres et hygiéniques. Les EMT doivent disposer de procédures écrites et de supports adaptés pour le nettoyage immédiat, le nettoyage de routine et le nettoyage final afin de réduire les risques d'infection.

Le nettoyage de l'environnement (désigné ici par le terme « nettoyage ») constitue un élément essentiel de la lutte anti-infectieuse, et il est considéré comme l'une des mesures les plus importantes pour prévenir les infections dans le domaine de la santé publique ainsi que la propagation de la résistance aux antimicrobiens.⁸⁵ Les EMT doivent disposer de protocoles pour le nettoyage de routine des structures et des zones de soins cliniques après le contact avec le patient (nettoyage final), par exemple après une intervention chirurgicale ou la sortie des patients, et pour la prise en charge des déversements et des liquides biologiques. La fréquence du nettoyage et de la désinfection des différents objets ou des surfaces dans une zone donnée dépend de plusieurs facteurs, notamment de la surface elle-même, du type d'activité dans cette zone et des risques d'infection qui y sont associés. Les zones d'isolement et de stérilisation sont celles qui requièrent les pratiques les plus strictes en matière de lutte anti-infectieuse ainsi que les plannings de nettoyage et de désinfection les plus contraignants. Les EMT ont besoin de solutions de blanchisserie pour le personnel et de solutions de blanchisserie spéciales pour les patients lorsque ceux-ci emploient des articles réutilisables (ce qui signifie pour les équipes de grande taille).

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Définir des protocoles pour le nettoyage immédiat, le nettoyage de routine et le nettoyage final pour les différentes zones de la structure de l'EMT⁸⁶
2. Avant chaque utilisation, nettoyer, désinfecter ou stériliser les dispositifs médicaux réutilisables en fonction du risque.
3. Des nécessaires de nettoyage doivent être disponibles et clairement identifiés par zones à risque pour éviter les contaminations croisées.
4. Des nécessaires de traitement des déversements doivent être disponibles dans chaque zone de soins pour intervenir immédiatement en cas de contamination aiguë par du sang ou des liquides biologiques.
5. Une sensibilisation et une formation doivent être disponibles pour l'ensemble du personnel.
6. Mettre en place un système de contrôle pour s'assurer que les protocoles de nettoyage sont bien respectés, ainsi qu'un mécanisme de suivi et de remise en état du matériel de nettoyage.⁸⁷
7. Aménager une zone dédiée à la collecte, au lavage, au rinçage et au séchage des vêtements et du linge. Les EMT doivent disposer de services de blanchisserie spécifiques pour le personnel.

⁸⁵ CDC. *Best Practices for Environmental Cleaning in Healthcare Facilities: in Resource-Limited Settings*. 2nd Ed. (<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/resource-limited/environmental-cleaning-RLS-H.pdf>).

⁸⁶ Le nettoyage immédiat est le nettoyage du sang ou des autres liquides biologiques, des fluides contaminés ou d'autres saletés visibles. Le nettoyage régulier est le nettoyage des zones de soins cliniques et des zones de soutien opérationnel, des zones de coordination et des zones de vie. Le nettoyage final est le nettoyage des zones de soins cliniques après chaque sortie de patient ; la complexité du nettoyage dépend du type des soins dispensés (opération chirurgicale ou consultation externe, etc.).

⁸⁷ CDC. *Options for Evaluating Environmental Cleaning* (<https://www.cdc.gov/hai/pdfs/toolkits/Environ-Cleaning-Eval-Toolkit12-2-2010.pdf>).

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Définir les zones à risque en évaluant la probabilité de contamination et le degré d'asepsie à respecter. Pour ce faire, diviser les lieux en quatre types de zone : zones où il n'y a aucun contact avec des patients ; zones de soins pour les personnes non infectées ou qui ne sont pas considérées comme particulièrement sensibles ; unités d'isolement ; et zones pour les patients particulièrement sensibles (isolement protecteur) ou protégées.
2. Aménager une aire de lavage pour le nettoyage et la décontamination du matériel réutilisable, des brancards et du matériel auxiliaire.

Notes d'orientation

- Le nettoyage de l'ensemble des zones, sols et surfaces de travail horizontales doit être effectué chaque jour avec de l'eau et des détergents, et plus fréquemment en cas d'utilisation intensive ou de déversements accidentels non cliniques.
- Nettoyer et désinfecter aussi rapidement que possible les surfaces ou les objets contaminés par du sang, d'autres liquides biologiques, des sécrétions ou des excréments, en utilisant des détergents ou des désinfectants hospitaliers standard.



6.3.4 Gestion des déchets provenant des activités de soins

Les EMT ont la responsabilité de la gestion et de l'élimination en toute sécurité des déchets provenant des activités de soins produits dans leurs structures. La gestion sûre des déchets provenant des activités de soins se fait en plusieurs étapes : réduction au minimum, séparation, collecte, stockage, traitement et élimination finale.

Les EMT doivent bien connaître et respecter la politique, les réglementations, les procédures et les processus d'approbation du pays et de l'OMS en matière de gestion des déchets.⁸⁸ Les procédures de gestion des déchets doivent être bien documentées, et leur mise en œuvre appuyée par du matériel approprié et une formation avérée du personnel. L'élimination sans risque des déchets médicaux infectieux et des liquides souillés, des matériels et matériaux piquants ou coupants, ainsi que des médicaments et des produits chimiques jetés, joue un rôle particulièrement important. Dans la mesure du possible, il convient de réduire au minimum la quantité de déchets produits et, si cela est possible et sans risque, d'envisager de recycler les éléments qui peuvent être réutilisés. Pour réduire leur impact sur la santé et l'environnement, les déchets qui ne peuvent pas être recyclés doivent être traités au moyen des options les moins nocives, notamment pour leur traitement ou leur élimination.⁸⁹

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Élaborer des modes opératoires normalisés pour la gestion des déchets, qui doivent couvrir l'ensemble du cycle et être mis à la disposition du personnel, y compris celui recruté localement, sous forme écrite et sous forme visuelle.
2. Former l'ensemble du personnel à la pratique de la gestion des déchets, avec une formation spécialisée pour le personnel responsable de la collecte, du traitement et de l'élimination des déchets.⁹⁰
3. Fournir des EPI au personnel chargé de la manipulation des déchets.
4. Organiser la séparation et le stockage séparé, la collecte et l'élimination des déchets provenant des activités de soins, au moins dans les quatre grandes catégories suivantes : déchets généraux, matériels et matériaux piquants ou coupants, déchets infectieux, et autres déchets dangereux.
5. Identifier une zone de stockage des déchets désignée sûre dans le site de l'EMT, et prévoir une capacité de confinement d'au moins deux jours des déchets produits.
6. Planifier le traitement des déchets conformément aux lois et aux règlements en vigueur dans le pays et au niveau international.⁹¹

⁸⁸ World Health Organization (2011); Safe management of wastes from health-care activities, 2nd ed.; <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548564>

⁸⁹ World Health Organization (2013); Technical Notes Solid waste management in emergencies; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/wash-documents/who-tn-07-solid-waste-management-in-emergencies.pdf?sfvrsn=17d5009e_4

⁹⁰ World Health Organization; Training modules in health-care waste management; <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/water-sanitation-and-health/wash/health-care-facilities/health-care-waste/training-modules>

⁹¹ UN Environment program; Basel Convention; Controlling transboundary movements of hazardous wastes and disposal; <http://www.basel.int>

7. Mettre en œuvre une technologie de traitement des déchets infectieux basée sur leur incinération ou non-incinération.^{92, 93, 94}
8. Dans le plan de gestion des déchets, il doit être prévu que des fosses à déchets seront construites conformément aux normes en vigueur aux niveaux national et international et qu'elles seront utilisées, entretenues et fermées dans le respect des règles de sécurité.

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. L'OMS recommande que tous les agents qui manipulent des déchets provenant des activités de soins soient vaccinés contre l'hépatite B et le tétanos.⁹⁵

Notes d'orientation

- Fournir des contenants à matériels et matériaux piquants ou coupants qui répondent aux normes de l'OMS dans toutes les zones où ces types de matériels et matériaux sont utilisés.
- Faire en sorte que le matériel utilisé pour le transport des déchets ne laisse pas passer de liquides et ne puisse pas être perforé, qu'il soit facile à nettoyer, et qu'il soit désinfecté chaque jour.
- Les sites spécifiques pour le stockage des déchets doivent être entourés d'une clôture, protégés contre l'eau/la pluie et les nuisibles, et dotés d'un système permettant d'empêcher l'accès au personnel non autorisé et à la population locale.

⁹² Organisation mondiale de la Santé. (2019). Aperçu des technologies pour le traitement de déchets infectieux et de déchets piquants/coupants/tranchants provenant des établissements de santé. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330920>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

⁹³ UNEP; Compendium of Technologies for Treatment/Destruction of Healthcare Waste; <https://wedocs.unep.org/handle/20.500.11822/8628>

⁹⁴ UNEP. *Global inventory of Alternative waste treatment technologies* (<http://medwastetech.info/>).

⁹⁵ World Health Organization; 2021; Summary of WHO Position Papers – Immunization of Health Workers; https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/immunization_schedules/immunization-routine-table4.pdf?sfvrsn=714e38d6_4&download=true

6.3.5 Assainissement

Les EMT doivent faire en sorte que les patients, le personnel et les soignants disposent de moyens accessibles, appropriés, sûrs et suffisants ainsi que de procédures bien documentées pour la gestion des excréments ainsi que des eaux grises et pluviales de façon à limiter la transmission des maladies.

Les EMT doivent disposer de toilettes accessibles, sûres, propres et adaptées sur le plan culturel pour les patients en attente et pour ceux en cours de traitement. Dans les établissements de soins, le système d'assainissement doit permettre de séparer de manière hygiénique les excréments de tout contact avec des personnes. Les installations sanitaires sont aussi essentielles pour la dignité et les droits humains ; elles comportent également un important aspect lié au genre, car les toilettes doivent permettre aux femmes et aux filles de bénéficier de l'intimité et de la sécurité nécessaires pour être en mesure de répondre à leurs besoins spécifiques. La gestion des eaux grises et des eaux noires, éventuellement complétée par une station d'épuration sur place, c'est-à-dire une fosse septique équipée en aval d'une fosse de drainage, un système de rétention provisoire ou une évacuation sûre des eaux usées directement dans un réseau d'égouts en état de fonctionnement, constitue la priorité absolue des politiques d'assainissement des EMT.⁹⁶

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Mettre à disposition des installations sanitaires adéquates et durables pour tous les membres de l'équipe et le personnel engagé localement, ainsi que des installations sanitaires adaptées aux enfants pour les soins en ambulatoire et les soins hospitaliers.⁹⁷
2. Les toilettes et les lavabos destinés au personnel et ceux destinés aux patients doivent être clairement séparés et identifiés.
3. Calculer le nombre de toilettes par type d'utilisateur (patients hospitalisés, patients vus en ambulatoire, personnel) en respectant le ratio recommandé (nombre de toilettes/nombre de personnes), et en tenant compte du ratio hommes/femmes, des personnes handicapées, des enfants et des patients en isolement :
 - Patients vus en ambulatoire 1 : 50
 - Patients hospitalisés 1 : 20
 - Membres de l'équipe 1 : 20
 - Patients en isolement 1 : 20 (en cas d'isolement groupé)
 - Patients en isolement 1 : 1 (en cas d'isolement individuel)
 Au moins un WC (le même pour les hommes et les femmes) doit être accessible aux utilisateurs à mobilité réduite, en respectant les normes.⁹⁸

⁹⁶ Organisation mondiale de la Santé (2018). Lignes directrices relatives à l'assainissement et à la santé; <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789241514705>

⁹⁷ Wash Cluster (2018); Compendium of Sanitation Technologies in Emergencies - 2nd Edition; <https://www.washcluster.net/node/29611>

⁹⁸ UNHCR WASH Universal Access Checklist (UNHCR, 2015); <https://wash.unhcr.org/download/wash-universal-access-checklist/>

4. Faire en sorte de disposer de systèmes d'assainissement pouvant être adaptés aux différentes conditions locales de sol (mou/dur), au niveau des eaux souterraines, ainsi qu'aux habitudes culturelles locales.⁹⁹
5. Planifier la composante accessibilité pour la gestion et l'entretien des citernes d'eaux usées, des conduites de drainage et des conduites d'égouts.
6. Prévoir un éclairage et des mécanismes de verrouillage adéquats dans les toilettes et les douches, qui doivent être clairement indiquées et situées suffisamment près des salles et des zones réservées aux patients pour permettre un accès sûr de manière à réduire le risque de violence, en particulier de violence sexuelle et sexiste.¹⁰⁰
7. Prévoir des solutions de rechange pour une gestion sûre des boues fécales et des eaux grises par le recours au confinement et au traitement sur place dans les cas où les structures locales ne seraient pas accessibles.^{101, 102}

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Les boues fécales doivent être vidées et transportées dans des conditions permettant de protéger les prestataires de services, les familles, les communautés et l'environnement.
2. Planifier le déploiement de solutions d'assainissement de base pour la première phase, à utiliser lors de la mise en place de la structure.^{103, 104}

Notes d'orientation

- Les solutions à adopter au cours de la première phase de l'intervention comprennent des toilettes portables avec des sacs en plastique et des granulés absorbants, des latrines utilisant des emballages ou des sacs en plastique, des latrines à seau, des chaises percées et des toilettes chimiques.
- Une attention particulière doit être accordée aux eaux grises infectieuses produites dans le cadre de la stérilisation ou dans les salles d'isolement.

⁹⁹ UNHCR (2009); Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual; Chapter 6: Strategies for Difficult Situations; <https://www.unhcr.org/publications/operations/4a3391c46/excreta-disposal-emergencies-field-manual.html>

¹⁰⁰ Le manuel Sphère 2018 ; <https://spherestandards.org/wp-content/uploads/Le-manuel-Sphere-2018-FR.pdf>

¹⁰¹ Emergency Sanitation Project; SLUDGE RESERVOIRS; <HTTPS://EMERGENCYSANITATIONPROJECT.ORG/SLUDGE-RESERVOIRS/>

¹⁰² EAWAG; Greywater management in low and middle-income countries, review of different treatment systems for households or neighbourhoods - Sandec Report No. 14/06; <https://www.susana.org/en/knowledge-hub/resources-and-publications/library/details/947#>

¹⁰³ UNHCR (2009); Excreta Disposal in Emergencies: A Field Manual; Chapter 4: 1st Phase Technical Options ; <https://www.unhcr.org/publications/operations/4a3391c46/excreta-disposal-emergencies-field-manual.html>

¹⁰⁴ WASH in Emergencies (2015); Compendium of Faecal Sludge Management (FSM) Technical Options in Emergencies ; http://www.washnet.de/wp-content/uploads/washnet_wie15_fsm-compendium_150910.pdf

6.3.6 Lutte contre les vecteurs et les nuisibles

Les EMT doivent faire en sorte que les patients, le personnel et les aidants soient protégés contre les vecteurs de maladies et les nuisibles en utilisant le matériel et les méthodes appropriés et adaptés au contexte local.

Une lutte efficace contre les vecteurs et les nuisibles est un élément essentiel pour assurer la santé du personnel, des patients et du grand public. Les EMT doivent mettre en place des mesures systématiques de lutte contre les nuisibles et les vecteurs (identification de l'agent en cause, lutte contre les vecteurs, hygiène de l'environnement, protection individuelle, surveillance).¹⁰⁵ La lutte contre les vecteurs doit être étayée par l'utilisation d'un matériel approprié et adapté au contexte, et doit être adaptée à l'environnement dans lequel interviennent les EMT sur le plan individuel, opérationnel et environnemental. Les méthodes appropriées et efficaces pour éliminer les vecteurs ou en réduire le nombre dépendent du type de vecteur en cause, de ses méthodes de reproduction, et de ses habitudes, notamment des lieux et des moments où il se repose, se nourrit et pique ou mord, ainsi que de la résistance de certaines de ses populations aux produits chimiques utilisés pour les éradiquer. La sécurité du personnel et des patients peut être appréhendée selon une approche à trois niveaux : niveau individuel, niveau de la structure et niveau environnemental.¹⁰⁶ Toutes les mesures de lutte contre les vecteurs doivent être conformes aux réglementations de l'État et de la communauté locale.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

Au niveau individuel

1. Protéger les patients et les aidants contre les vecteurs en utilisant des méthodes barrières, par exemple en installant des moustiquaires imprégnées d'insecticide.
2. Protéger le personnel à l'aide d'une stratégie associant plusieurs éléments, dont certaines des mesures suivantes de lutte contre les vecteurs et les nuisibles :
 - Port de vêtements de protection individuelle (vêtements longs, chaussures) ;¹⁰⁷
 - Utilisation d'un insectifuge pour usage individuel ;
 - Utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide ;¹⁰⁸
 - Traitement des infestations par des poux ; et
 - Utilisation de la prophylaxie contre le paludisme et des vaccinations (par exemple, contre la fièvre jaune).

¹⁰⁵ World Health Organization; Geneva [2017]. Global vector control response 2017–2030. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259205/9789241512978-eng.pdf>; Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

¹⁰⁶ World Health Organization. [2012]. Handbook for integrated vector management. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44768>

¹⁰⁷ FAO and WHO. 2020. Guidelines for personal protection when handling and applying pesticide – International Code of Conduct on Pesticide Management. Rome; <https://www.fao.org/documents/card/en/c/ca7430en>

¹⁰⁸ Organisation mondiale de la Santé [2020]. Nouveaux types de moustiquaires imprégnées d'insecticide; <https://www.who.int/fr/news-room/questions-and-answers/item/new-types-of-insecticide-treated-nets>

Au niveau de la structure

3. Mise en œuvre de mesures de lutte contre les vecteurs et les nuisibles par le biais d'une stratégie associant plusieurs éléments, notamment l'utilisation de moustiquaires (aux portes et aux fenêtres), d'un insecticide de contact résiduel, de pièges adhésifs ou mécaniques, de dispositifs d'alimentation sécurisés et de répulsifs aériens.

Au niveau de l'environnement

4. Des clôtures doivent être mises en place et serviront de méthode élémentaire de contrôle de l'environnement.

Notes d'orientation

- Les méthodes de contrôle environnemental les plus appropriées à mettre en œuvre seront déterminées par la manière dont le site est organisé, les conditions météorologiques, et les tendances locales en matière de nuisibles et de maladies. À titre d'exemple, on peut citer la réalisation d'un drainage adéquat pendant la saison des pluies pour réduire le nombre de larves de moustiques, et la mise en place de zones de gestion des déchets adaptées pour réduire le nombre de mouches à proximité des structures sanitaires.
- Les méthodes de lutte contre les vecteurs doivent être sélectionnées et combinées en fonction des paramètres locaux. En amont du déploiement, il convient de se renseigner sur les zoonoses et les maladies à transmission vectorielle présentes sur le territoire, ainsi que sur les programmes de lutte existants.



6.3.7 Prise en charge des cadavres

Les EMT doivent être en mesure de prendre en charge les cadavres d'une manière qui soit digne, adaptée sur le plan culturel, sûre et conforme aux pratiques de santé publique.

Les EMT doivent être en mesure de conserver temporairement et de manière respectueuse les cadavres afin de les préserver, de faciliter leur identification et d'aider les familles à comprendre ce qu'il est advenu de leurs proches. Cela s'applique aux patients décédés au cours de soins ambulatoire ou lors de leur hospitalisation ainsi qu'à ceux qui sont amenés dans l'établissement par des membres de leur famille. Les EMT internationales doivent se mettre en relation et se coordonner avec le ministère de la santé et les autres autorités locales compétentes afin de connaître et de respecter les politiques, réglementations et procédures en vigueur dans le pays pour une prise en charge adéquate des cadavres. Les structures des EMT ne sont pas censées être en mesure de réaliser les procédures d'autopsie dans un cadre médico-légal, l'identification des victimes de catastrophes ou le stockage de masse de cadavres.¹⁰⁹

NORMES TECHNIQUES MINIMALES

1. Définir une procédure de gestion des cadavres qui doit inclure un processus d'étiquetage et d'identification (y compris une photographie) de tout corps ou de toute partie de corps se trouvant dans la morgue.
2. Une zone (tente) doit être utilisée comme morgue temporaire avant de remettre le corps des personnes décédées à leurs proches ou à leur communauté pour qu'ils les prennent en charge conformément aux coutumes et pratiques locales. Cette disposition ne s'applique pas aux structures de Type 1 mobile.

Structures de Type 1 fixe

- Faire en sorte de pouvoir conserver deux corps dans une tente dédiée.

Structures de Type 2 et de Type 3

- Faire en sorte de pouvoir conserver au moins quatre corps dans une tente dédiée, dans un environnement à température contrôlée.

3. Déclarer chaque jour tous les décès à la cellule de coordination des EMT ; cette information est un élément de données essentiel faisant partie de l'ensemble minimum de données ou équivalent.
4. Un niveau approprié d'EPI doit être utilisé lors de chaque manipulation d'un cadavre ou d'une partie du corps d'une personne décédée.¹¹⁰

RECOMMANDATIONS POUR UNE PRISE EN CHARGE OPTIMALE DES PATIENTS

1. Étudier la possibilité de stocker un grand nombre de cadavres en fonction du contexte et de l'événement, et prévoir une réserve suffisante de housses mortuaires.
2. Les familles doivent pouvoir visiter la morgue, et les aspects religieux et culturels doivent être pris en compte.¹¹¹
3. Dans la mesure du possible, prévoir un espace de visualisation simple, séparé de la morgue, pour permettre l'identification et le recueillement avant la levée du corps.

¹⁰⁹ Management of Dead Bodies after Disasters: A Field Manual for First Responders. Second (revised) Edition. (<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31295/9789275319246-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

¹¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. (2020). Conduite à tenir en matière de lutte anti-infectieuse pour la prise en charge sécurisée du corps d'une personne décédée dans le contexte de la COVID-19 : orientations provisoires, 4 septembre 2020. Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/334320>. Lizenz: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

¹¹¹ REMARQUE : cette disposition peut également s'appliquer aux segments du corps retirés par voie chirurgicale sur des patients vivants. Il convient de tenir compte des recommandations du ministère de la santé

Annexes



Annexe 1. Structure de gouvernance des EMT – attributions

Le Groupe consultatif stratégique (GCS) est chargé de fournir des recommandations au niveau mondial et de donner des conseils sur les politiques et les stratégies, de faire un suivi des avancées obtenues et de fournir des recommandations sur les orientations et les priorités futures de l'initiative des EMT. Il est présidé par un Président des EMT au niveau mondial et composé de représentants d'un large éventail de groupes de parties prenantes, notamment les suivants : États Membres représentant des groupes et des organisations régionaux ; États Membres récemment affectés par une situation d'urgence ; pays donateurs en tant que représentants du Groupe de soutien principal des EMT ;¹¹² secrétariats de réseaux partenaires, tels que le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et le Groupe sectoriel mondial ; Groupe consultatif international de la recherche et du sauvetage ; Bureau de la coordination des affaires humanitaires (OCHA) ; Mouvement international de la Croix- Rouge et du Croissant- Rouge ; ainsi que l'OMS et des observateurs.

Les Groupes régionaux des EMT sont conçus pour être le principal forum au niveau régional permettant aux États Membres, aux EMT et aux autres parties prenantes de définir, de guider et de piloter la mise en œuvre de l'initiative des EMT. Ces Groupes régionaux des EMT ont été mis en place dans chacune des six régions de l'OMS, avec le soutien du bureau régional de l'OMS concerné qui assure le Secrétariat régional. Leur objectif est de concevoir et d'approuver leurs plans de travail régionaux respectifs en adaptant les objectifs généraux de l'initiative des EMT aux contextes régionaux et nationaux, de contribuer aux orientations stratégiques de l'initiative des EMT au niveau mondial, et d'influencer ces orientations.

PROMOTION DE L'INITIATIVE DES EMT DANS LES RÉGIONS DE L'OMS

Dans certaines régions, des Comités régionaux de l'OMS ont officiellement approuvé l'Initiative des EMT (Région des Amériques). Certaines organisations intergouvernementales régionales ont également adopté des résolutions ou des déclarations reconnaissant et préconisant les principes directeurs et les normes minimales des EMT, comme l'Union des nations de l'Amérique du Sud (UNASUR) et l'Union européenne. D'autres assurent la coordination de projets particuliers de renforcement des capacités des EMT, notamment l'Association des nations de l'Asie du Sud-Est (ANASE), soulignant ainsi le rôle qu'elles jouent en tant que parties prenantes et agents importants pour la promotion de l'initiative des EMT dans leur région.

¹¹² Compte tenu des ressources nécessaires pour mettre en œuvre l'initiative des EMT et de l'intention d'élargir régulièrement le nombre de donateurs, l'OMS a créé un Groupe de soutien restreint des EMT dont le rôle est d'offrir un forum aux donateurs qui apportent, ou souhaitent apporter, un soutien direct (financier ou en nature) à l'initiative des EMT, afin que ceux-ci puissent exprimer leurs idées et leurs préoccupations directement au Secrétariat des EMT de l'OMS et au Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire au sens large.

Les groupes de travail techniques sont des groupes constitués pour une durée limitée, approuvés par le GCS, afin de combler les lacunes sur le plan clinique, opérationnel et dans les politiques. Leur principale fonction est de réunir les données probantes sur le sujet en question et de fournir des recommandations et des suggestions de normes minimales ou d'orientations dans le domaine identifié.

Composés de membres ayant une expérience avérée dans leur domaine respectif, ils sont désignés par leur propre organisation. La sélection finale de ces membres, y compris celle du président, est basée sur des critères prédéterminés et sur la composition de ces groupes de travail techniques. Dans la mesure du possible, ces membres doivent provenir de chacune des six régions. L'approbation des membres incombe au Secrétariat des EMT et au GCS.

L'OMS apporte son soutien à la coordination de l'initiative des EMT aux niveaux mondial et régional et héberge le Secrétariat mondial des EMT¹¹³ basé au Siège. En tant que Secrétariat de l'initiative EMT, l'OMS a pour missions de : (1) soutenir les États Membres et les prestataires des EMT en leur fournissant une assistance technique et des conseils pour le renforcement des capacités des EMT, y compris leur capacité de coordination au niveau national ; (2) en cas de besoin, soutenir les États Membres dans l'activation et la coordination du déploiement des EMT (des équipes nationales et des équipes internationales) et coordonner le soutien apporté aux États Membres par la communauté internationale des EMT ; (3) assurer la gestion de la classification mondiale des EMT pouvant être déployées au niveau international ; (4) assurer la mise en application des principes directeurs et des normes minimales des EMT, et agir en tant que coordonnateur des groupes de travail techniques afin de permettre des améliorations et un élargissement continu de la méthodologie des EMT ; et (5) apporter un soutien en matière de secrétariat aux présidents aux niveaux mondial et de chaque région ainsi qu'aux différents organes de gouvernance, et entretenir des partenariats clés pour promouvoir l'initiative des EMT.

Les principales parties prenantes de l'initiative des EMT sont les suivantes :

- Les autorités sanitaires nationales qui ont pour responsabilité principale de garantir l'accès aux soins en cas de catastrophes, d'épidémies et/ou d'autres situations d'urgence ;
- Les organisations ou les institutions (gouvernementales ou non gouvernementales, civiles ou militaires, nationales ou internationales) ayant la capacité de fournir directement en renfort des soins cliniques à une population affectée par tous les types de dangers rencontrés dans les situations d'urgence, jouant un rôle de coordination ou pour la création de normes liées au travail des EMT, ou pouvant fournir une expertise ou des ressources complémentaires, y compris l'OMS en tant que Secrétariat ; et
- Les donateurs, compte tenu des besoins en ressources et de l'analyse de rentabilité effective de l'initiative des EMT.

¹¹³ L'OMS assure le Secrétariat de l'initiative des EMT et, conformément au document 68/27 de l'Assemblée mondiale de la Santé, a étoffé l'unité des EMT afin de contribuer au renforcement des effectifs disponibles pour les urgences sanitaires dans le monde. Depuis lors, l'OMS a appliqué une stratégie visant à désigner des points focaux des EMT dans chacun de ses bureaux régionaux qui font office de Secrétariat régional de l'initiative des EMT.

Enfin, mais non moins important, l'initiative des EMT s'appuie sur ses membres et sur les points de contact qu'ils ont désignés. Tout comme les parties prenantes, ceux-ci peuvent influencer les structures de gouvernance de l'initiative ou être influencés par ces structures.

Les membres se composent de gouvernements, d'organisations, d'institutions et d'équipes qui ont informé le Secrétariat de l'OMS aux niveaux mondial et régional de leur volonté de s'engager à respecter les principes directeurs et les normes des EMT, et de participer à l'initiative des EMT au niveau qui leur correspond. Ils sont tenus de désigner un point focal au niveau national, organisationnel ou de l'équipe, et de communiquer ces informations au Secrétariat des EMT. Les points focaux des EMT représentent le principal contact et la principale contrepartie pour le Secrétariat mondial des EMT et le Secrétariat des EMT de chaque région. Selon le contexte, des points focaux peuvent exister à différents niveaux, y compris au niveau des politiques, des opérations ou des équipes.

Annexe 2.

La classification mondiale

Le processus de classification mondiale des EMT est organisé en huit étapes.

- 1. Manifestation d'intérêt.** L'équipe candidate fait une demande en ligne en indiquant le type d'EMT ou d'équipe de soins spécialisés dans lequel elle souhaite être classifiée. Le Secrétariat mondial des EMT et le Secrétariat régional des EMT réalisent un entretien qui permet de compléter cette demande.
- 2. Auto-évaluation.** L'équipe candidate effectue une auto-évaluation en suivant les principes directeurs, les normes fondamentales et les normes techniques afin de définir la situation de départ ainsi que les besoins connexes en vue de se conformer aux normes minimales internationales correspondant au type qu'elle a déclaré.
- 3. Attribution d'un mentor.** Le Secrétariat mondial des EMT, en accord avec le Secrétariat régional des EMT, désigne un mentor principal qui accompagnera l'équipe tout au long du processus jusqu'à la vérification finale. Le mentor et l'équipe ont accès à un pool d'experts techniques pour les aider à clarifier les questions concernant les aspects cliniques, logistiques ou en rapport avec le secteur WASH.

- 4. Processus de mentorat.** L'équipe candidate commence le processus de mise en conformité avec les normes minimales internationales en passant en revue ses procédures opérationnelles standard et/ou en en créant de nouvelles, en formant son personnel, en adaptant ses équipements cliniques, logistiques et concernant le secteur WASH, et en compilant les éléments justificatifs. Le mentor accompagne l'ensemble de ce processus, qui doit commencer par une visite initiale et se poursuivre par un suivi continu à l'aide de contacts réguliers et de la préparation de rapports d'étape.
- 5. Visite de pré-vérification.** En amont de la visite, l'équipe candidate doit présenter au mentor un dossier complet contenant tous les éléments justificatifs. Ce dossier doit comprendre l'ensemble des modes opératoires normalisés et des documents pertinents, une liste des équipements prêts à être déployés, et la liste complète du personnel formé. L'objectif de cette visite de pré-vérification est de s'assurer que tous les éléments nécessaires sont en place pour passer à la phase suivante. La décision de savoir si l'équipe candidate est prête pour la vérification doit faire l'objet d'un consensus entre l'équipe et son mentor.
- 6. Visite de vérification.** Moment officiel où des spécialistes extérieurs réalisent une évaluation pour vérifier que l'équipe candidate répond aux normes minimales internationales, et recommandent sa classification dans la catégorie pour laquelle elle a postulé.

La visite est pilotée par le Secrétariat mondial des EMT et/ou par le Secrétariat régional des EMT. L'équipe de vérification rédige un rapport et signe une lettre officielle adressée au Directeur général de l'OMS recommandant la classification de l'équipe. Six mois après la visite de vérification, un contact de suivi peut être organisé pour évaluer le degré d'avancement par rapport aux recommandations formulées dans le rapport.

- 7. Inscription au niveau international.** Une fois que le Secrétariat mondial des EMT a validé le rapport de la visite de vérification, l'équipe est inscrite dans le registre mondial des EMT pouvant être déployées au niveau international. Cette inscription est valable pour une période de cinq ans.
- 8. Reclassification.** Après cinq ans de classification, l'équipe doit certifier qu'elle continue à répondre aux normes minimales internationales et qu'elle s'est adaptée aux nouveaux protocoles et/ou aux nouvelles normes établis par l'initiative des EMT.

Attributions dans le processus de classification

Le Secrétariat mondial des EMT est responsable en dernier ressort de la classification mondiale, en assurant la coordination générale et le suivi des équipes et des mentors. Il confirme également que les ressources nécessaires à la réalisation de la classification mondiale sont en place et contrôle chaque étape du processus pour s'assurer qu'elle est accomplie comme il se doit.

Dans chacune des six régions de l'OMS, le Secrétariat régional des EMT est conjointement responsable du processus. Il apporte un soutien à la coordination des équipes et des mentors dans chaque région, collabore à la mise à disposition des ressources nécessaires, et aide à la résolution des obstacles ou des conflits qui pourraient survenir entre les équipes et les mentors ou à toute étape du processus.

Les équipes qui veulent être classifiées et inscrites pour des déploiements au niveau international s'engagent à œuvrer, dans une période de temps limitée, afin de répondre aux normes minimales internationales. L'organisation doit s'engager à se doter des ressources appropriées et à disposer du personnel compétent, des équipements nécessaires et de protocoles dûment établis et testés.

Les mentors s'engagent à apporter un soutien et des conseils techniques (en fonction de leur expertise) tout au long du processus, avec des recommandations sur la manière dont l'équipe peut se conformer aux normes techniques minimales internationales.

Les mentors fournissent au Secrétariat des EMT des mises à jour régulières concernant les avancées obtenues et le statut des équipes qui leur ont été attribuées, ainsi qu'une recommandation juste et impartiale sur l'état de préparation à une vérification de l'équipe.

Les spécialistes externes chargés de l'évaluation sont responsables, lors de la visite de vérification, de contrôler que l'équipe respecte les principes directeurs, les normes fondamentales et les normes techniques de l'initiative des EMT.

Annexe 3.

Principes directeurs

PRINCIPES DIRECTEURS

| | |
|--------------------|--|
| SOINS SANS RISQUE | <p>Les préjudices évitables causés à des patients par des soins à risque peuvent être à l'origine de souffrances ainsi que de pertes financières importantes, et avoir un impact négatif sur la confiance dans les systèmes de santé. Les EMT reconnaissent que la dispensation de soins sans risque est une priorité de santé mondiale et réaffirme le principe d'éthique médicale selon lequel il faut avant tout viser à ne pas nuire.¹¹⁴ Les EMT s'engagent à mettre en place les structures, les fournitures, le personnel et les systèmes nécessaires pour fournir des soins sans risque et éviter tout préjudice d'ordre physique ou psychologique inutile aux patients et à leurs aidants.</p> <p>En se rappelant que les EMT interviendront dans des circonstances difficiles et dans des situations d'urgence, ce principe doit inclure l'adaptation des EMT de manière à faire le plus possible pour le plus grand nombre de personnes possible, et à contribuer à la sécurité des soins (ou à la qualité des soins) même dans des environnements austères.</p> |
| RIPOSTE APPROPRIÉE | <p>Une riposte appropriée doit être axée sur les besoins, centrée sur les personnes, efficace et efficiente. Les propositions de mise à disposition d'EMT et leurs déploiements ultérieurs doivent être motivés par les besoins pressentis et/ou identifiés sur la base des évaluations d'impact réalisées par les ministères de la santé et les autres ministères concernés.</p> <p>Les EMT peuvent être créées pour une riposte locale ou nationale. Mais lorsqu'elles sont déployées en dehors de leur province ou dans un pays voisin, elles doivent fournir des soins adaptés aux besoins de la population dans laquelle elles travaillent et au contexte de l'urgence en question, plutôt qu'au contexte de leur lieu de travail habituel. Elles doivent veiller à ne pas commencer de traitements pour lesquels il n'y aura pas de résultat ou de stratégie de suivi une fois l'équipe démobilisée.</p> <p>Il s'agit notamment d'adapter l'offre de services aux besoins de la population, en prenant en considération les besoins spécifiques en matière de santé et en s'adaptant rapidement à leur évolution dans les situations d'urgence. Par exemple en cas de tremblements de terre, les besoins changent pour passer de la prise en charge traumatologique à la dispensation de soins primaires et de soins des maladies endémiques, et ce changement survient dans les jours qui suivent même la pire des catastrophes naturelles. Cela implique également d'adapter les protocoles de soins cliniques et les protocoles opérationnels de manière à se conformer aux protocoles et aux procédures en vigueur dans le pays.</p> <p>En plus d'être axée sur les besoins, la riposte doit être centrée sur les personnes (être respectueuse des préférences, des valeurs et des croyances de la communauté qui reçoit le soutien), efficace (prestation de soins de santé fondés sur des données probantes), et efficiente (afin d'optimiser les avantages obtenus et de réduire au minimum le gaspillage).</p> |
| SOINS ÉQUITABLES | <p>Les services des EMT sont accessibles à tous les patients et à tous les membres de la communauté en fonction de leurs besoins médicaux et non en fonction de leur appartenance ethnique, de leur religion, de leur sexe, de leur âge, de leur affiliation politique ou d'autres facteurs. L'accès aux soins de santé en cas d'urgence est un droit fondamental de tout être humain. Les EMT doivent s'efforcer de contribuer à une véritable couverture géographique et de faciliter l'accès de la population de manière coordonnée plutôt que de se regrouper autour des zones « faciles d'accès ».</p> <p>Les EMT doivent rester conscientes des éventuels préjugés et influences qui pourraient rendre difficile la fréquentation de leurs services par les personnes les plus vulnérables de la population. Elles doivent s'assurer qu'elles sont accessibles dans les faits aux femmes, aux enfants, aux personnes âgées, aux personnes souffrant d'un handicap et aux personnes défavorisées sur le plan social ou financier. En règle générale, les EMT sont tenues de fournir des soins gratuitement aux personnes affectées. Certaines exceptions relatives aux pratiques du système de santé national peuvent être pertinentes, mais toutes les EMT doivent faire en sorte que le manque d'argent ne soit pas un obstacle à l'accès aux soins de santé dans leur structure. Les équipes sont également tenues de fournir des soins dans les meilleurs délais, en évitant tout retard susceptible de causer un préjudice.</p> <p>La protection des personnes vulnérables exige que des politiques et des pratiques soient appliquées dans toutes les EMT tout au long des étapes de la préparation et de la riposte. Cela permet de garantir que les structures des EMT restent un lieu sûr et accessible pour tous, en particulier pour les personnes qui ont le plus besoin de protection.</p> |

¹¹⁴ Assemblée mondiale de la Santé ; WHA 72.6, Point 12.5 de l'ordre du jour. Action mondiale pour la sécurité des patients (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-fr.pdf).

| | |
|---------------------|---|
| SOINS ÉTHIQUES | <p>Les EMT et leur personnel s'engagent à se comporter en permanence de manière éthique et conformément au manuel d'éthique médicale de l'Association médicale mondiale¹¹⁵ et aux politiques nationales. Elles s'engagent notamment à respecter le droit des patients à être informés, dans une langue et d'une manière qu'ils comprennent, de leur état de santé, de leur pronostic, de leurs options de traitement et des alternatives possibles, ainsi que des complications éventuelles.</p> <p>Un consentement éclairé est obtenu pour les procédures médicales, sauf impossibilité manifeste. Le respect des règles d'éthique exige également la tenue d'une documentation minutieuse, la constitution de dossiers pour les patients et la confidentialité des données relatives aux patients.</p> <p>Les EMT sont confrontées chaque jour à des situations difficiles sur le plan éthique. Elles doivent donc préparer leur personnel par une formation spécifique aux questions d'éthique, par exemple au moyen d'études de cas et de discussions portant sur les difficultés rencontrées en cas de catastrophe ou de situation d'urgence. Les équipes doivent disposer de mécanismes, par exemple d'un comité d'éthique sur place, pour débattre des questions difficiles concernant les soins aux patients et se mettre d'accord sur ces questions, et impliquer les patients, leur famille ainsi que les responsables locaux, en fonction des besoins.</p> |
| RIPOSTE RESPONSABLE | <p>Dans le contexte des EMT, la responsabilisation¹¹⁶ est définie comme le fait de devoir rendre des comptes principalement aux personnes ou aux communautés auxquelles les EMT et leur personnel fournissent des soins. Le fait de rendre des comptes aux personnes affectées par une crise aide les organisations à élaborer des programmes de qualité qui répondent aux besoins de ces personnes, et à limiter les risques d'erreurs, d'abus et de corruption.</p> <p>Pendant toute la durée de la riposte, les EMT doivent aller à la rencontre de la communauté qu'elles servent pour vérifier que leurs services sont appropriés, perçus positivement et répondent aux besoins et aux attentes de la communauté bénéficiaire. Des canaux anonymes et directs de retour d'information doivent être disponibles, et, pour favoriser cela, l'équipe doit montrer aux patients et à la communauté que tout commentaire ou toute réclamation sera traité de manière professionnelle, transparente et bienveillante, et aboutira à des changements.</p> <p>Les EMT sont déployées pour apporter un soutien ponctuel au système de santé local à la demande du gouvernement local ou national et, en tant que telles, doivent leur rendre des comptes, ainsi qu'à l'organisation ou au pays qu'elles représentent.</p> |
| RIPOSTE COORDONNÉE | <p>Les EMT interviennent en tant qu'équipes nationales (locales) ou internationales, et doivent s'engager à travailler en coordination avec le système de santé existant et les centres des opérations d'urgence concernant la santé ou l'équivalent du système de gestion des incidents. Elles doivent travailler en collaboration à tous les niveaux du système de santé national et apporter un soutien aux prestataires de soins locaux.</p> <p>Les équipes s'engagent à respecter les lois en vigueur en matière d'homologation et de certification, ainsi que les exigences concernant la transmission de rapports au mécanisme de coordination des secours d'urgence. En retour, les EMT sont censées bénéficier de l'aide des autorités compétentes pour assurer une bonne coordination entre elles, avec les systèmes de santé existants et avec le système de surveillance de la santé publique par le biais de centres de coordination efficaces et de réunions, et recevoir en temps opportun des mises à jour opérationnelles de la part des autorités. Les EMT s'engagent également à coordonner leur action avec celle des autres intervenants (dans le domaine de la santé ou pas, au niveau national ou international) dans l'intérêt de la population affectée.</p> <p>Les EMT doivent s'efforcer de fournir des soins intégrés et coordonnés entre les différents niveaux et les différents prestataires, en assurant la continuité des soins lors de la sortie ou de l'orientation d'un patient, ou à la fin de leur déploiement.</p> |

¹¹⁵ Association médicale mondiale - Éthique médicale (<https://www.wma.net/fr/ce-que-nous-faisons/education/manuel-dethique-medicate/>).

¹¹⁶ CICR et Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (2017); Guide de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sur l'engagement communautaire et la redevabilité (CEA) Améliorer la communication, la mobilisation et la redevabilité dans toutes nos activités; <https://www.ifrc.org/sites/default/files/2021-08/IFRC-CEA-GUIDE-francais-LR-PDF.pdf>

Annexe 4.

Liste de contrôle des normes de base

La présente annexe propose une liste de contrôle décrivant les normes fondamentales ainsi que les domaines prioritaires clés qui les composent. Elle est destinée à aider les équipes à procéder à leur auto-évaluation et à élaborer leurs structures et leurs procédures afin de mieux se conformer à ces normes fondamentales.

| Descripteur | |
|--|--------------|
| Les gouvernements et les organisations qui déploient des EMT doivent disposer d'un système d'administration et de gestion pour s'assurer que les politiques, la stratégie et le leadership de leur organisation sont établis de manière à pouvoir constituer, financer et déployer en toute sécurité une EMT dans les délais qu'ils ont annoncés. | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| Politiques et documentation <ol style="list-style-type: none"> 1. Système d'archivage central des documents, des politiques et des modes opératoires normalisés ou manuel opérationnel accessible aux membres de l'équipe et couvrant les différents aspects des principes directeurs, des normes et des modes opératoires normalisés techniques correspondant au type et à la taille de l'équipe. | O N |
| Leadership organisationnel <ol style="list-style-type: none"> 2. Structures de leadership claires permettant de gérer la stratégie ainsi que la direction de l'organisation et de décider du déploiement dans les meilleurs délais en cas d'urgence. | O N |
| Finances et collecte de fonds <ol style="list-style-type: none"> 3. Structures financières et gouvernance en place pour faire en sorte que l'EMT se tienne en permanence prête à intervenir, et qu'un accès rapide à des fonds soit possible pour permettre un déploiement dans les délais annoncés par l'équipe. 4. Recherche de fonds réalisée dans le respect des normes éthiques convenues et sans utilisation inappropriée d'images de patients ou d'images médicales. | O N O N |
| Gestion des risques, sûreté et sécurité (au niveau institutionnel) <ol style="list-style-type: none"> 5. Stratégies et systèmes permettant de garantir que tout déploiement ne se fait qu'après une planification et une évaluation des risques, et que les politiques et les procédures de gestion des risques, de sûreté et de sécurité sont respectées avant et pendant les déploiements des EMT. | O N |
| Soutien à distance pour les équipes une fois déployées <ol style="list-style-type: none"> 6. Possibilité d'un soutien aux équipes pendant leur déploiement, par l'intermédiaire du Siège ou d'autres formes de soutien à distance, notamment en ce qui concerne la gestion du renouvellement du personnel et du réapprovisionnement en consommables en fonction des besoins, ainsi que la gestion du retrait et des évacuations. | O N |
| Soutien aux membres de l'équipe et à leurs familles <ol style="list-style-type: none"> 7. Mécanismes permettant aux familles des membres de l'équipe de transmettre des informations au membre de leur famille déployé et d'obtenir des nouvelles pertinentes. | O N |
| Liaison extérieure, médias et communications <ol style="list-style-type: none"> 8. Politiques, procédures et personnel attiré permettant d'assurer la gestion des liaisons extérieures avec les ministères concernés, les autres organisations et les médias. | O N |
| Apprentissage organisationnel et examens a posteriori <ol style="list-style-type: none"> 9. L'organisation tire les leçons de ses déploiements antérieurs et passe systématiquement en revue ses activités pour améliorer les opérations qu'elle mènera par la suite. 10. Lorsque cela est nécessaire, l'organisation contribue à la réalisation d'un examen a posteriori de l'ensemble de la riposte afin de faciliter le travail de recherche et de renforcer les connaissances à l'échelle du réseau une fois les ripostes achevées. | O N O N |

| Descripteur | |
|--|---|
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| <p>Les ressources humaines (RH) constituent la composante la plus précieuse de toute EMT. Un système de gestion des RH doit être en place pour qu'une EMT soit opérationnelle et qu'elle puisse assurer son devoir de protection envers ses membres. Au cours des phases de pré-déploiement, les EMT doivent disposer de politiques et de procédures sur le déploiement et le post-déploiement concernant des questions telles que le recrutement du personnel, le dépistage sanitaire et la souscription à des assurances. Les membres de l'équipe doivent être invités à signer et à respecter un code de conduite. Les politiques en matière de rémunération (ou d'absence de rémunération), d'assurance (ou équivalent) et de responsabilité civile en cas de déploiement doivent être clairement expliquées lors de la phase de recrutement.</p> | |
| <p>Préparation préalable au déploiement Recrutement, sélection et formalités de santé</p> <p>11. Processus complet de recrutement, de sélection et de dépistage pour les membres de l'EMT, comprenant notamment des contrôles de santé physique et mentale pour s'assurer de l'aptitude et de la capacité à être déployé.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| <p>Contrôles concernant la protection de l'enfance</p> <p>12. Vérifications en place pour s'assurer que les personnes ayant un casier judiciaire, ou qui représentent une menace pour les personnes nécessitant une protection, sont écartées de l'organisation.</p> <p>13. Politiques et procédures visant à certifier que le personnel local peut être embauché ou sous contrat si nécessaire, et soumis à des vérifications à des fins de protection des risques.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| <p>État de préparation en ce qui concerne la santé</p> <p>14. Fournir ou assurer un accès à tous les vaccins pertinents avant le déploiement, en garantissant que les membres de l'équipe auront reçu avant le déploiement la totalité des vaccins ainsi que les rappels appropriés de manière à ce que ceux-ci aient atteint leur efficacité maximale avant l'arrivée sur le terrain.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| <p>Base de données des inscriptions et gestion des fichiers de candidats</p> <p>15. Système exhaustif de gestion des RH prenant en compte le nombre et les types de personnels requis pour déployer l'équipe en temps voulu, avec un éventail de compétences approprié (tant sur le plan clinique que sur celui de l'expérience acquise lors de déploiements antérieurs).</p> <p>16. Base de données des RH ou équivalent permettant de respecter le principe de confidentialité tout en fournissant l'ensemble des informations nécessaires à la sélection et au déploiement des équipes, avec un accès en dehors des heures de travail et en cas de situation d'urgence.</p> <p>17. Plan de rotation du personnel conçu de manière à ce que la nouvelle génération d'intervenants puisse acquérir de l'expérience et bénéficier d'un mentorat, tout en veillant à limiter l'impact sur la qualité et la sécurité des soins.</p> <p>18. Envisager l'application de la règle du rapport de 1 : 5 pour le nombre de membres de l'équipe pour chaque fonction figurant dans le tableau de service, sauf pour les fonctions concernant des soins spécialisés.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| <p>Lors du déploiement Santé, sécurité et bien-être</p> <p>19. En fonction du contexte et de l'évaluation des risques, une chimioprophylaxie et des mesures de protection individuelle contre les vecteurs sont disponibles, par exemple des moustiquaires et une prophylaxie du paludisme dans les régions d'endémie.</p> <p>20. Accès à une eau sans risque sanitaire, à de la nourriture et à des zones de repos adéquates pour faire en sorte que le personnel reste en bonne santé tout au long de son déploiement et soit le plus apte possible à remplir ses fonctions.</p> <p>21. Soutien psychosocial sur le terrain disponible pour les membres de l'équipe, soit par le biais d'un soutien entre pairs (avec une formation et un suivi appropriés), soit par du personnel professionnellement formé.</p> <p>22. Les EPI appropriés pour le travail demandé (par exemple, les EPI de précaution standard pour le personnel médical, ou les protections appropriées pour le personnel qui manipule les déchets) sont fournis aux membres de l'équipe et au personnel recruté localement.</p> <p>23. Dispositions prises pour assurer la santé et la sécurité des membres de l'équipe sur le terrain, et assurances ou compensations nécessaires (médicales, accident et vie) prévues en fonction du contexte de déploiement, y compris les stratégies d'évacuation et de sortie si nécessaire.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| <p>Après le déploiement Santé après le déploiement</p> <p>24. Les membres de l'équipe ont la possibilité de faire un débriefing, de bénéficier d'un soutien psychosocial et d'obtenir un certificat de décharge avant d'être à nouveau déployés après une phase de repos suffisante et un suivi médical si nécessaire.</p> <p>25. Le retour d'information de l'équipe lors du débriefing opérationnel après un déploiement doit être utilisé comme une occasion de réviser et d'améliorer les politiques et la formation de l'équipe.</p> | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |

| Descripteur | |
|--|---|
| Le personnel doit travailler dans son domaine d'expertise pour lequel il est professionnellement qualifié. Le personnel des EMT doit se conformer aux directives professionnelles et aux normes éthiques et professionnelles les plus strictes en matière de conduite et de performance. Les EMT disposent de mécanismes pour répondre aux réclamations des patients et aux allégations de fautes professionnelles. | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| Enregistrement, licence et accréditation professionnels | |
| 26. Tous les membres du personnel sont inscrits pour exercer dans leur pays d'origine et disposent de licences en cours de validité pour les tâches qui leur sont confiées. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 27. Les membres de l'équipe qui ne requièrent pas de licence officielle, comme le personnel de soutien opérationnel, doivent être formés aux fonctions qu'ils exercent, et avoir une ancienneté ainsi que l'expérience appropriées à leurs fonctions. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Champ d'activité | |
| 28. Les chefs d'équipe et l'organisation des EMT doivent connaître le champ d'activité de leurs personnels et veiller à ce que les équipes disposent d'un éventail de compétences adéquat afin d'éviter que des cliniciens ne soient confrontés à des décisions éthiques difficiles s'ils doivent traiter des patients qui nécessitent des soins ne relevant pas de leurs compétences. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 29. Il existe un équilibre entre les règles strictes relatives au champ des activités pouvant être réalisées dans le cadre d'un travail volontaire en dehors des situations d'urgence et dans un contexte d'urgence. À titre d'exemple, on peut citer les chirurgiens qui seront de préférence généralistes plutôt que surspécialisés, et qui seront en mesure de prendre en charge des patients qui présentent tout un éventail de problèmes chirurgicaux liés ou non à un traumatisme. De la même manière, les chirurgiens doivent avoir une expérience dans la réalisation de césariennes et être autorisés à pratiquer ce type d'intervention en situation d'urgence dans leur pays ; lorsque cela n'est pas possible, l'équipe doit se faire accompagner d'un obstétricien pleinement qualifié. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 30. Les personnes dont la spécialité n'est pas reconnue ou agréée dans l'ensemble des pays, comme certains personnels paramédicaux, doivent travailler dans le cadre du champ des activités qu'ils exercent dans leur pays d'origine et sous la supervision d'un clinicien agréé par le pays d'accueil. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Traitement des réclamations | |
| 31. Les EMT informent les patients, dans une langue que ceux-ci maîtrisent, de leur droit de formuler des réclamations ou des suggestions, par écrit ou verbalement. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 32. Les réclamations sont traitées et examinées de manière respectueuse et dans les meilleurs délais, et, dans la mesure du possible, le plaignant reçoit un retour d'information. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 33. Les préoccupations des patients ou des familles sont gérées de manière appropriée. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Expérience et retour d'information des patients | |
| 34. Des canaux appropriés sont en place pour obtenir un retour d'information par les personnes, la communauté, les collègues locaux du secteur de la santé et les mécanismes de coordination (par exemple la cellule de coordination des EMT) sur la manière dont ils perçoivent les services fournis. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Assurance professionnelle, indemnisation et problématique des fautes professionnelles | |
| 35. L'équipe et chacun de ses membres à titre individuel sont couverts par une assurance à caractère indemnitaire adaptée qui couvre le travail dans des contextes d'intervention d'urgence pour les équipes nationales et internationales. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Culture de la sécurité | |
| 36. Culture solide et positive de la sécurité des patients, dans laquelle les risques de non-respect des normes cliniques et les éventuelles menaces pour la sécurité des patients sont identifiés rapidement et réglés de manière appropriée, et tout incident critique est signalé par le personnel. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |

| Descripteur | |
|---|--|
| <p>Les EMT veillent à ce que l'ensemble des membres de l'équipe soient formés de manière appropriée pour le déploiement. Cela doit être clairement formulé dans un cadre de formation qui décrit les étapes du perfectionnement progressif de chaque membre de l'équipe et comprend un certain nombre de modules en fonction des compétences requises. La formation initiale de base pour l'ensemble des membres doit couvrir (sans s'y limiter) la sûreté et la sécurité, les protocoles et les procédures de l'équipe, ainsi que la familiarisation avec le matériel dont celle-ci dispose. Elle est suivie par une formation complémentaire portant sur l'acquisition de compétences spécialisées et sur l'adaptation au contexte du déploiement ainsi que par des exercices de simulation opérationnelle de l'équipe.</p> <p>Les EMT doivent également mettre en place un système permettant d'identifier les personnes présentant des aptitudes à exercer des fonctions de leadership, et les faire bénéficier d'un mentorat pour qu'elles puissent exercer des attributions de plus en plus étendues. Ce programme de leadership doit être ouvert aux personnes identifiées, quelle que soit leur discipline.</p> | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| <p>Cadre de formation et parcours d'apprentissage</p> <p>37. Méthode permettant de vérifier la validité des formations déjà effectuées par les membres de l'EMT, notamment leurs qualifications et leurs diplômes de départ (voir également la norme fondamentale sur la conduite professionnelle).</p> <p>38. Cadre de formation exhaustif et compréhensible par l'ensemble des membres, comprenant la possibilité pour eux de créer leur propre parcours d'apprentissage afin d'améliorer leurs connaissances et leur professionnalisme.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> |
| <p>Programme, contenu et objectifs d'apprentissage de la formation</p> <p>39. Le programme, le contenu et les objectifs d'apprentissage de la formation sont adaptés à la préparation des membres de l'équipe pour un déploiement avec l'EMT lors de la riposte à une situation d'urgence au niveau national et, le cas échéant, au niveau international.</p> <p>40. Les objectifs d'apprentissage sont à la disposition des membres de l'équipe et des examinateurs externes de la formation. Tous les cours doivent être réévalués régulièrement en fonction des retours des participants et des enseignements tirés lors des différents déploiements.</p> <p>41. Les EMT peuvent choisir de réaliser la formation au sein même de leur organisation ou en collaboration avec d'autres prestataires, avec des animateurs extérieurs ou en sous-traitance, à condition que chacun contribue au contenu.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> |
| <p>Formation opérationnelle et simulations</p> <p>42. Formation juste à temps pour des missions particulières, notamment dans les situations où l'on dispose de plus de temps (par exemple dans le cas de la riposte à une épidémie ou des deuxième rotations d'équipes).</p> <p>43. Cadre d'apprentissage qui comprend une formation juste à temps et des exercices pratiques grandeur nature.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N</p> |

| Descripteur | |
|---|---|
| Les EMT s'engagent à faire un suivi de la situation au niveau national et, si cela est pertinent, au niveau régional et mondial lors des urgences aiguës. Elles consentent à accepter les évaluations d'impact initiales effectuées par les autorités locales compétentes, et à proposer une assistance et/ou à répondre aux demandes d'assistance dans les meilleurs délais. | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| Mécanismes d'activation | |
| 44. Les EMT nationales disposent de mécanismes pouvant être activés par les autorités nationales par le biais du centre des opérations d'urgence sanitaire ou d'un mécanisme similaire. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 45. Les plans de gestion des catastrophes, les plans de préparation et de riposte aux urgences sanitaires ainsi que les modes opératoires normalisés du pays prévoient le déploiement d'équipes d'intervention nationales telles que des EMT. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 46. Les EMT internationales disposent de mécanismes pour suivre le Centre virtuel de coordination des opérations sur site ou d'autres outils de coordination régionaux ou mondiaux pertinents pour les EMT, et pour contribuer à leur fonctionnement. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 47. Les EMT s'engagent à ne se déployer que si les autorités locales ou nationales concernées y consentent. Tous les mécanismes bilatéraux permettant de proposer une aide à un pays touché sont des moyens reconnus et appréciés. L'OMS collabore avec les pays pour renforcer et soutenir leur capacité à réaliser leurs propres évaluations d'impact, à déployer leurs propres équipes d'intervention et, si nécessaire, à accepter des propositions de types d'EMT particuliers pour remédier aux lacunes qui subsistent. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Enregistrement à l'arrivée | |
| 48. Les EMT nationales qui arrivent dans une zone affectée s'engagent à se faire enregistrer sur place auprès du centre de commandement des interventions compétent, et à travailler en coordination avec les autorités locales et les agences concernées. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 49. Les EMT internationales s'engagent à signaler à l'arrivée leur type, leur capacité et les services qu'elles proposent en se basant sur le système de classification des EMT. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 50. Les EMT s'engagent à se faire enregistrer auprès du ministère de la santé et à obtenir pour chaque professionnel de santé une autorisation d'exercer (ou une procédure d'autorisation d'exercer équivalente). | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 51. Les EMT disposent de justificatifs pertinents, notamment des autorisations d'exercer et des certificats requis pour le personnel médical, sous forme numérique et sur support papier. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Coordination sur le terrain | |
| 52. Les EMT acceptent de se coordonner avec les autorités locales et nationales, y compris en ce qui concerne la décision relative au lieu d'affectation. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 53. Les EMT acceptent de contribuer et de participer à des réunions de coordination tout au long de leur déploiement, de partager les informations et de réévaluer les besoins en fonction de l'évolution de la situation, tant au niveau local que national. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Rapports de fin de mission | |
| 54. Les EMT acceptent de remplir les rapports de fin de mission requis avant de quitter la zone d'opération pour s'assurer que leurs contributions sont bien prises en compte et, plus important encore, pour garantir la continuité des soins. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |

| Descripteur | |
|--|--|
| <p>Les EMT qui se déploient ont en elles-mêmes une capacité opérationnelle importante et un leadership fort. Les équipes qui ne disposent pas de capacités de gestion et de capacités opérationnelles solides sur le terrain ne seront pas en mesure de fonctionner pleinement au cours de la phase aiguë dans les suites immédiates d'une catastrophe ou lors d'une épidémie ; elles risquent de mettre en danger leur propre personnel, et de ne pas pouvoir respecter toutes les normes régissant les soins apportés à la population affectée. Les agences des EMT qui déploient des équipes ont un devoir de protection de leurs employés en ce qui concerne leur santé et leur sécurité au travail. Pour assumer en permanence ce devoir de protection,¹¹⁷ elles doivent fournir à leurs personnels les équipements ainsi que les fournitures et le soutien appropriés sur le terrain.</p> | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| <p>Gestion des risques en matière de sûreté et de sécurité</p> <p>55. Gestion des risques commençant par le soutien apporté par le Siège et se poursuivant tout au long de la phase de déploiement sur le terrain, y compris les plans et les procédures de sécurité locaux. Ce processus doit être piloté par un point focal de sécurité clairement identifié au sein de l'équipe.</p> <p>56. Les EMT disposent de différentes approches en matière de sécurité, toutes devant comprendre une liaison avec les autorités locales, des dispositions pour recevoir des mises à jour en matière de sécurité, et des plans permettant de faire face aux menaces pour la sécurité qui évoluent rapidement.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Gestion des incidents critiques</p> <p>57. Système de gestion des incidents critiques, avec la possibilité d'activer une assistance locale ou à distance.</p> <p>58. Plans pour les incidents critiques les plus probables, notamment, mais sans s'y limiter, en cas de blessure, de maladie ou de décès du personnel.</p> <p>59. Systèmes en place pour apporter un soutien aux membres de l'équipe et à leurs proches.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Gestion des opérations quotidiennes</p> <p>60. La gestion de l'équipe couvre les principaux aspects de la prise en charge clinique/des soins infirmiers, de la logistique, du programme WASH et du soutien administratif.</p> <p>61. La gestion sur le terrain couvre la passation de contrats locaux et l'embauche du personnel local, notamment le personnel de soutien opérationnel général, les traducteurs et les agents de sécurité, lorsque cela est nécessaire.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Processus d'intégration dans un établissement de santé existant</p> <p>62. Communication claire avec l'établissement en question en amont du déploiement, aussi rapidement que possible.</p> <p>63. Accès aux documents de l'établissement pertinents pour les soins aux patients et la sécurité du personnel.</p> <p>64. Bonne compréhension et respect de la culture médicale, éthique et du travail en général.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |
| <p>Gestion de l'information du public</p> <p>65. Gestion des médias au Siège et sur le terrain. Cela comprend notamment les méthodes visant à faire respecter la confidentialité des renseignements concernant les patients et leur famille et à garantir un consentement éclairé et exempt de toute pression avant que les patients ou le personnel ne s'adressent aux médias.</p> <p>66. Porte-parole attitrés chargés d'informer les médias et ayant reçu une formation spécifique pour cette fonction.</p> <p>67. Politiques pour la gestion des médias sociaux et des autres formes de communication des membres de l'équipe avant, pendant et après leur déploiement. Cela comprend, sans s'y limiter, l'utilisation de photographies et de séquences vidéo après avoir obtenu un consentement pour leur utilisation publique.</p> | <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> |

¹¹⁷ Devoir de protection. L'organisation doit assurer de manière raisonnable le bien-être des volontaires qu'elle déploie. Le devoir de protection fait référence aux obligations morales et juridiques des employeurs envers leurs employés, leurs sous-traitants, leurs volontaires et les membres de leur famille en ce qui concerne la préservation de leur bien-être, de leur sécurité et de leur sûreté lorsqu'ils travaillent, que ceux-ci soient envoyés sur des missions internationales ou qu'ils travaillent dans des régions éloignées dans leur pays d'origine. Dans de telles circonstances, les personnes et les organisations ont l'obligation légale de faire preuve de prudence pour éviter le risque de blessures ou d'expositions vraisemblables et prévisibles pouvant être à l'origine de problèmes de santé. Cette obligation peut s'appliquer aussi bien aux actions qu'aux omissions. En outre, les employeurs sont tenus d'instaurer au sein de leur organisation une culture au sens large en matière de santé, de sécurité et de bien-être de leurs employés et des autres collaborateurs de l'entreprise. Pour ce faire, ils doivent élaborer et mettre en œuvre des approches adaptées de gestion des risques liés aux voyages afin de protéger les personnes contre d'éventuels préjudices. (<https://www.internationalsos.com/duty-of-care>).

| Descripteur | |
|---|--------------|
| <p>Les EMT doivent assurer un certain niveau de gestion des informations médicales qui permet de contribuer à une meilleure prise en charge des patients et à la riposte sanitaire globale. Cela comprend la tenue de dossiers médicaux des patients qui soient précis, pertinents et lisibles, la remise d'un résumé quotidien de l'activité clinique de l'équipe aux autorités sanitaires compétentes, ainsi qu'un système de surveillance et de rapports pouvant être utilisés pour améliorer les actions de santé publique.</p> | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| Dossiers des patients | |
| 68. Les EMT constituent des dossiers de patients qui demeurent confidentiels et où sont consignées les informations concernant l'évaluation, les interventions, la surveillance clinique et les complications éventuelles. Ces dossiers doivent contenir les informations nécessaires pour contribuer à l'ensemble minimum de données des EMT ou son équivalent. | O N |
| 69. Chaque patient peut obtenir un compte rendu du traitement effectué et dispose des informations nécessaires pour son suivi, programmé en fonction des besoins. | O N |
| 70. Les formulaires cliniques et les documents relatifs au consentement sont rédigés dans une langue comprise par la population locale, ou un résumé est traduit dans la langue locale. | O N |
| 71. Protection de la gestion des données pour faire en sorte que des processus et des méthodes de sauvegarde efficaces soient en place afin de préserver l'intégrité des données. | O N |
| Rapports et ensemble minimum de données | |
| 72. Pendant la riposte et avant leur démobilisation, les EMT adressent à intervalles réguliers des rapports aux autorités locales et nationales, en respectant les formats de rapports nationaux convenus, y compris l'ensemble minimum de données des EMT ou un équivalent. Ces rapports d'activité doivent être utilisés pour décider de la couverture adaptée et contribuer à la coordination de la riposte. | O N |
| Travaux de recherche et publications scientifiques | |
| 73. Aucun travail de recherche et aucun essai ne sont menés par une EMT ou par certains de ses membres au cours de leur déploiement sur le terrain sans le consentement exprès des patients concernés et l'approbation du comité d'éthique approprié. | O N |
| 74. Aucune publication et aucun article scientifique utilisant des informations provenant des services de santé nationaux ne sont publiés ni présentés par une EMT ou certains de ses membres sans le consentement des autorités compétentes et de pairs. Dans la mesure du possible, toutes les publications doivent être réalisées de manière conjointe ou pilotées au niveau national. | O N |
| 75. Après chaque déploiement, les EMT sont encouragées à procéder à un examen a posteriori afin de recueillir des informations pouvant contribuer à la réalisation des ajustements nécessaires et de favoriser la poursuite des améliorations. | O N |
| Système de signalement des incidents | |
| 76. Méthode de signalement des décès évités de justesse, des incidents sans préjudice et des événements indésirables, centrée sur l'amélioration des connaissances et des systèmes d'une EMT. ¹¹⁸ | O N |

¹¹⁸ Les définitions opérationnelles suivantes sont utilisées dans la norme : [1] incident relatif à la sécurité des patients : un événement ou une circonstance qui aurait pu entraîner, ou a entraîné, un préjudice non indispensable chez un patient ; [2] décès évité de justesse : incident qui n'a pas atteint le patient ; [3] incident sans préjudice : incident qui a atteint un patient, mais aucun préjudice perceptible n'en a résulté ; [4] événement indésirable : incident ayant causé un préjudice à un patient. Référence : WHO Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety. Geneva; WHO; 2009. Disponible à l'adresse suivante : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_eng.pdf.

| Descripteur | |
|--|---|
| <p>Les soins cliniques constituent un pilier important d'une action de santé publique plus large. Les EMT doivent faire en sorte de contribuer à la riposte globale, de veiller à ce que leurs pratiques ne causent aucun préjudice, de minimiser le risque d'infection et de contribuer à la prévention des épidémies et de l'aggravation des problèmes de santé publique. Pour ce faire, elles doivent diffuser des messages de santé publique, mobiliser la communauté, et agir en tant que site sentinelle pour la surveillance. Toutes les EMT sont censées être en mesure de prendre en charge les patients qui se présentent avec une maladie transmissible ou non transmissible ; le recours à des équipes de soins spécialisés peut être nécessaire en cas d'épidémies particulières.</p> | |
| Domaines clés | Statut (O/N) |
| Surveillance et alerte rapide des maladies | |
| 77. Rapport quotidien ou selon les exigences des autorités sanitaires via l'ensemble minimum de données des EMT ou le système d'alerte rapide des maladies utilisé localement. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 78. Renforcement de la surveillance et de la protection des membres de l'équipe en fonction des menaces pour la santé publique. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 79. Respect des normes minimales de prévention et de lutte anti-infectieuse, notamment concernant l'utilisation des EPI adaptés pour le personnel et le respect des pratiques d'hygiène efficaces dans l'ensemble de la structure. La lutte anti-infectieuse passe également par un accès adéquat à l'eau et à des installations sanitaires, par la stérilisation, et par la surveillance des taux d'infections postopératoires au sein de la structure. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Diffusion de messages de santé publique | |
| 80. Contribution à la prévention des maladies par une mobilisation communautaire et la diffusion de messages de santé publique auprès de la population qui se présente dans les structures des EMT. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 81. Les messages de santé publique doivent être de nature générique, adaptés au contexte de la situation d'urgence, rédigés dans la langue locale, et transmis sous une forme adaptée à la réalité culturelle. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| 82. Des normes spécifiques et renforcées concernant la mobilisation de la communauté doivent être adoptées par les équipes qui répondent à certains types d'épidémies. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |
| Besoins sanitaires au sens large | |
| 83. Bien que les EMT ne soient pas censées prendre en charge l'ensemble des questions relatives à la nutrition, au programme WASH et à la lutte antivectorielle, elles doivent faire état des signes indiquant l'existence de tels besoins dans la communauté qu'elles desservent (par le biais de l'ensemble de données des EMT) et se coordonner avec les autorités sanitaires compétentes et les autres organismes engagés dans la riposte afin de plaider en faveur d'un soutien à ces services ou de la mise en place d'interventions. | <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N |

Descripteur

L'une des principales fonctions des EMT déployées en cas de situation d'urgence est de soutenir le système de santé du pays affecté. Les EMT sont censées être déployées pour combler les lacunes de la riposte sanitaire locale, soit en raison de la destruction d'installations préexistantes, soit en raison de la très forte augmentation de la demande, qui impose une augmentation des ressources. Les EMT agissent dans le cadre d'un modèle de « réseau en étoile » sur lequel sont construits la plupart des systèmes de santé. Elles acceptent que les agents de liaison sanitaire des services cliniques locaux agissent en tant que conseillers concernant le système d'orientation sanitaire. Les équipes doivent savoir comment et où orienter les patients qui nécessitent des soins dépassant leurs capacités ou leurs possibilités, et acceptent les patients d'autres établissements et d'autres équipes, en fonction des besoins.

Domaines clés**Statut (O/N)****Circuits d'orientation des patients**

84. Les patients nécessitant une escorte médicale sont généralement sous la responsabilité de l'établissement ou de l'EMT qui les a orientés jusqu'à ce qu'ils soient remis à un service d'ambulance agréé ou à l'équipe d'accueil.
85. Bonne connaissance du système local d'orientation des patients pour la continuité des soins en cas de maladies non transmissibles ou de pathologies en rapport avec la santé reproductive ou les programmes de soins de longue durée relatifs aux maladies transmissibles telles que la tuberculose et l'infection à VIH.

O N

O N

Documentation

86. Les patients sont orientés avec leur dossier et un formulaire d'orientation comme il a été convenu par les autorités sanitaires, ou en utilisant le formulaire d'orientation de l'OMS s'il n'existe pas de formulaire national.

O N

Prise en charge de victimes en grand nombre

87. L'EMT dispose d'un plan de prise en charge de victimes en grand nombre, et elle est préparée à la survenue d'événements secondaires comme des répliques sismiques, ou d'autres types d'incidents naturels ou causés par l'homme, comme des accidents de la route ou du trafic aérien.
88. Selon leur type, les EMT doivent être capables de contribuer au triage initial, à la stabilisation et à l'orientation appropriée et/ou au traitement définitif des victimes d'incidents impliquant un grand nombre de blessés.

O N

O N

| AUTOSUFFISANCE | Descripteur | |
|----------------|--|--------------|
| | <p>Les EMT doivent pouvoir être complètement autosuffisantes pendant un certain temps afin de ne pas devenir une charge pour les ressources locales, les autorités ou les autres intervenants. La durée de cette période varie en fonction du contexte dans lequel opère l'équipe.</p> <p>Les équipes qui ne se déploient pas au cours de la première phase de la riposte, celles qui se déploient en tant qu'équipes de soins spécialisés dans des établissements existants ou les EMT similaires doivent faire en sorte d'être autosuffisantes et peuvent envisager de recourir à des arrangements locaux.</p> | |
| | Domaines clés | Statut (O/N) |
| | Différents aspects de l'autosuffisance | |
| | 89. Aspects cliniques : fournitures, équipements et consommables à usage médical. | O N |
| | 90. Aspects logistiques : production d'énergie, communications, nourriture, abris, outils et autres équipements pour préserver la santé et le bien-être de l'équipe et assurer une fonction minimale de soutien opérationnel en fonction du type d'EMT. | O N |
| | 91. Aspects du programme WASH : traitement de l'eau, production et distribution, assainissement, gestion des déchets provenant des activités de soins, nettoyage de l'environnement et équipements et consommables des installations d'hygiène. | O N |
| | Durée de l'autosuffisance | |
| | 92. Les équipes nationales ont généralement besoin d'un nombre de jours moins important d'autosuffisance, en partant du principe que leur réapprovisionnement sera plus facile à partir des ressources disponibles dans le pays. Cela leur permet de se déployer rapidement et de façon souple, mais elles ont tout de même besoin d'un minimum de trois jours d'autosuffisance en fonction de leur degré d'isolement. | O N |
| | 93. Certains pays peuvent choisir de fixer des critères plus longs pour les équipes nationales en fonction de plusieurs facteurs tels que la géographie, le terrain, la taille du pays et la densité de la population, pour n'en citer que quelques-uns. | O N |
| | 94. Les EMT internationales requièrent une période d'autosuffisance minimale d'au moins 14 jours avec un mécanisme de réapprovisionnement en place. | O N |
| | 95. Les exceptions à ce principe d'autosuffisance totale comprennent l'eau brute (bien que les équipes doivent se déployer avec suffisamment d'eau potable pour assurer la santé de l'équipe pendant les 48 à 72 premières heures), le remplissage des réservoirs d'oxygène, le carburant (qui doit être accessible localement) et les véhicules/camions de transport lourd. | O N |
| | Personnel | |
| | 96. Une autosuffisance en personnel est indispensable, en particulier pour les équipes internationales qui se déploient au cours de la première phase d'une riposte. S'il est parfois possible d'embaucher du personnel local, les équipes doivent veiller à ce que ce recrutement ne compromette pas la capacité de riposte du système de santé local. | O N |

Annexe 5.

Types d'équipes de soins spécialisés¹¹⁹

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS (ÉPIDÉMIES/MALADIES HAUTEMENT INFECTIEUSES)

Épidémie : maladies diarrhéiques (y compris le choléra, les infections à Shigella et les autres maladies diarrhéiques)

EMT capables de fournir un appui aux établissements de santé locaux existants pour la création d'un centre de traitement des maladies diarrhéiques ou d'un service spécialisé, et pour en assurer le fonctionnement. Pour être en mesure de faire fonctionner un centre de traitement des maladies diarrhéiques, les équipes ont besoin du personnel, de l'équipement médical et des fournitures nécessaires pour adapter ou augmenter l'espace disponible dans les services hospitaliers existants.

Adaptation du module :

- Des équipes de petite taille de spécialistes du traitement des maladies diarrhéiques peuvent être adaptées pour la mise en place de centres ou de stations de réhydratation orale sous la forme de centres de prise en charge en ambulatoire ;
- Les équipes devront parfois fournir de l'espace de soins supplémentaire pour abriter des centres de traitement des maladies diarrhéiques de plus grande taille. Les équipes disposant de cette capacité sont appelées « équipes de spécialistes du traitement des maladies diarrhéiques dotées de leurs propres installations ». Elles peuvent être déployées en complément d'un établissement existant, ou mettre en place un centre de traitement des maladies diarrhéiques complet à côté, voire à l'écart, d'un établissement de santé existant.

Remarque : les centres de traitement du choléra et les stations de réhydratation orale pendant les épidémies de choléra qui dispensent directement des soins à la population locale doivent répondre aux normes habituelles des soins médicaux du pays concerné, aux principes et aux normes fondamentales des EMT, et aux normes techniques d'une équipe de spécialistes des épidémies. Les travaux du groupe spécial mondial de lutte contre le choléra¹²⁰ de l'OMS proposent un modèle très utile pour mettre en place d'autres formes de centres de traitement des maladies diarrhéiques et guider leurs interventions.

Épidémie : fièvres hémorragiques virales

Les EMT déployées comme équipes de lutte contre les fièvres hémorragiques virales doivent disposer de compétences spécialisées et d'un solide soutien logistique et opérationnel pour prodiguer des soins aux patients affectés par ce groupe de maladies hautement infectieuses, notamment la maladie à virus Ebola, la maladie à virus Marburg et la fièvre de Lassa. Les équipes peuvent tenter d'adapter les établissements de santé existants pour en faire des centres de traitement sûrs pour ce groupe de maladies, mais les leçons tirées des ripostes récentes ont montré qu'il est souvent plus rapide et plus sûr, pour le personnel et pour les patients, que les soins soient dispensés à proximité des établissements de santé, dans des unités spécialement conçues pour le traitement des patients atteints de fièvres hémorragiques virales, dans des structures temporaires ou permanentes. Les équipes qui fournissent à la fois les installations et l'équipe sont appelées « équipes de spécialistes du traitement des fièvres hémorragiques virales dotées de leurs propres installations ».

Épidémie : maladies à transmission vectorielle

Si la prise en charge des épidémies de maladies à transmission vectorielle consiste généralement à apporter des soins de soutien (comme dans le cas de la dengue, de la fièvre jaune et de la maladie à virus Zika), il est apparu récemment que des équipes d'urgence nationales et internationales étaient parfois nécessaires pour faire face à de brusques augmentations de la demande de soins. Au cours d'une flambée épidémique de maladie à transmission vectorielle, il peut arriver que les EMT doivent fournir de l'espace de soins supplémentaire pour prendre en charge un grand nombre de cas suspects ou confirmés ; on parle alors d'« équipes de spécialistes des maladies à transmission vectorielle dotées de leurs propres installations ». Cependant, le plus souvent, les soins peuvent être prodigués par une EMT de spécialistes au sein des structures de santé existantes, mais en apportant une assistance afin d'améliorer le triage et l'orientation des patients relativement bien portants vers leur domicile, et des patients moins bien portants vers la structure de prise en charge ; cela permet de préserver l'accès aux autres services médicaux vitaux en dehors de la riposte à la flambée épidémique. En plus d'apporter les fournitures permettant de prodiguer les soins de soutien supplémentaires nécessaires, les EMT qui interviennent en cas d'épidémie de maladies à transmission vectorielle doivent également assurer un contrôle du personnel de soutien logistique et opérationnel au niveau de l'établissement de santé. Si cet élément de la riposte n'est pas pris en compte de manière adéquate, le centre de traitement risque de devenir un centre d'amplification des contaminations avec l'infection d'un plus grand nombre de vecteurs.

¹¹⁹ Pour tous les documents du groupe de travail technique, consulter le portail de connaissances sur les EMT à l'adresse suivante : https://extranet.who.int/emt/guidelines-and-publications#_

¹²⁰ Global Task Force on Cholera Control, <https://www.gtfcc.org/fr/>

Épidémie : infections respiratoires

Les EMT qui ripostent à des épidémies de type respiratoire doivent se préparer à deux formes majeures de maladies respiratoires.

- Maladies de type grippal (hautement infectieuses, mortalité moyenne à faible).

Dans ce cas, les EMT devront fournir des soins de soutien, notamment l'administration d'une supplémentation en oxygène en grande quantité, la mise en place de centres de prise en charge de la grippe pouvant traiter un grand nombre de patients, ainsi que l'utilisation de la ventilation naturelle et l'espacement des lits, et l'utilisation d'EPI afin de limiter l'exposition du personnel. Il est très peu probable que l'on assiste à une riposte internationale à grande échelle en cas de flambée épidémique, d'épidémie ou de pandémie de grippe, mais les EMT nationales seront en première ligne de toute riposte, travaillant si possible dans de grands bâtiments à usage autre que sanitaire, construits spécialement ou adaptés, comme des salles de sport ou des entrepôts, pour la prise en charge des millions de patients susceptibles d'être atteints.

- Maladies de type SRAS (hautement infectieuses, avec des symptômes graves et une mortalité élevée).

En cas d'épidémie de type SRAS, il est également probable que les EMT soient appelées à participer à la riposte soit pour renforcer les établissements de santé existants, soit pour créer de nouveaux services d'extension, voire des structures de santé consacrées spécifiquement à la prise en charge de ces patients. En outre, une prise en charge plus invasive peut être proposée en fonction du contexte et du nombre de patients concernés, par exemple l'intubation et la ventilation. Les équipes internationales peuvent également apporter leur soutien à la prise en charge clinique ainsi qu'aux procédures de lutte anti-infectieuses, comme c'est actuellement le cas pour la pandémie de COVID-19.

Épidémie : équipes d'inhumation

Appelées à juste titre « équipes de soutien spécialisé » plutôt qu'« équipes de soins spécialisés », ces équipes jouent un rôle essentiel en cas de riposte à des agents pathogènes hautement infectieux tels que le virus Ebola ou le choléra, dont la transmission peut se faire par les cadavres. Pour être en mesure de mener à bien leurs tâches difficiles, ces équipes ont besoin d'une excellente formation à la fois en ce qui concerne le traitement technique des personnes décédées, mais aussi la négociation, l'engagement communautaire et la communication sur les risques. Comme toutes les formes d'équipes de riposte à une épidémie, ces équipes doivent bénéficier d'un excellent soutien logistique et opérationnel, tant pour les fournitures nécessaires à chaque inhumation que pour les EPI, mais aussi d'un système de nettoyage de leurs véhicules et d'une garantie constante de la sécurité pour le personnel et les membres des familles.

Épidémie : équipes de vaccination

Des équipes de vaccination peuvent être créées par les organisations des EMT, en particulier les ministères de la santé des pays, afin de distribuer ou d'administrer de grandes quantités de vaccins dans des délais très courts en cas d'épidémies potentielles ou confirmées. Les organisations des EMT qui assurent ce type de soutien doivent avoir reçu l'autorisation des autorités locales pour apporter leur appui à l'opération. Elles doivent aussi disposer de la capacité de soutien logistique et opérationnel nécessaire pour gérer à la fois le stockage et la livraison des vaccins, par exemple pour assurer la chaîne du froid de bout en bout. Les EMT doivent assurer l'organisation d'une campagne de vaccination, ce qui implique un engagement efficace de la communauté, l'acceptation du public, et la logistique nécessaire pour disposer du nombre adéquat de responsables de la mobilisation et d'équipes de vaccination afin que la campagne soit réussie. Le système de soutien opérationnel doit être en mesure de traiter les déchets en toute sécurité, en particulier les matériels et matériaux piquants ou coupants dangereux. Les équipes de vaccination qui administrent directement le vaccin doivent avoir la formation et les autorisations ou licences requises au niveau local pour dispenser cette forme d'intervention sanitaire.

Épidémie : équipes de lutte anti-infectieuse

Ces EMT peuvent être déployées pendant des épidémies dans le but de promouvoir les mesures de lutte anti-infectieuse dans les établissements de santé existants au sein d'une zone touchée par l'épidémie. Ces équipes constituent des EMT lorsqu'elles sont composées de professionnels de santé (de différentes disciplines, ainsi que d'éléments capables d'assurer un excellent soutien logistique et opérationnel) déployés pour favoriser l'intégration des pratiques de lutte anti-infectieuse dans la continuité des soins d'un établissement de santé. Les interventions de lutte anti-infectieuse qui consistent en une visite de courte durée sans suivi et sans accompagnement par un mentor ni approvisionnement en fournitures à long terme ont peu de chances d'aboutir à un changement des pratiques, même à court terme, au cours d'une épidémie.

En comparaison, des EMT intégrées dans des établissements de santé pendant plusieurs semaines ou plusieurs mois, avec des médecins et des infirmier(ère)s qui apportent un soutien actif au personnel local en termes d'EPI, de triage, d'identification des risques et d'amélioration de la lutte anti-infectieuse au quotidien, auront un impact significatif sur les taux d'infections nosocomiales ainsi que sur l'arrêt d'une épidémie donnée, en laissant des bénéficiaires qui pourront perdurer.

Ces EMT doivent disposer de moyens logistiques solides pour fournir des équipements de lutte anti-infectieuse et des EPI, et d'un soutien opérationnel pour améliorer l'accès à des produits de première nécessité tels que l'eau et les stations de lavage des mains au sein de la structure. Il est raisonnable de penser que la majorité des vies sauvées par les EMT qui participent à cette forme de riposte, souvent dans des établissements de santé qui ne sont pas classés comme des « centres de traitement » pendant une épidémie, le sont de par le travail réalisé par ces EMT qui permet une diminution des infections nosocomiales, un rétablissement de la confiance dans le système de santé, et une continuité des soins, notamment dans l'accès aux services de santé de la mère et de l'enfant et aux soins des maladies non transmissibles, souvent interrompus au cours des épidémies.

Équipes de soins spécialisés (soins chirurgicaux)

Toutes les équipes chirurgicales doivent considérer que les salles de soins pour les patients hospitalisés relèvent de la responsabilité de l'établissement hôte, tout comme l'approvisionnement en électricité et en eau potable, les services de stérilisation, la transfusion sanguine et l'approvisionnement en oxygène. Toutes les équipes de spécialistes en chirurgie qui se déploient en soutien à un établissement ou à une autre EMT doivent impérativement vérifier avec l'équipe qui les reçoit la situation concernant chacun de ces secteurs importants et, en cas de doute, prévoir des dispositifs de secours ou un approvisionnement de substitution afin que l'absence de ces éléments ne compromette pas la sécurité des patients. Toutes les équipes chirurgicales doivent au minimum apporter un chirurgien spécialisé dans leur domaine d'expertise, et un anesthésiste par chirurgien. Elles doivent également apporter un minimum de trois infirmier(ère)s par chirurgien dans l'équipe afin de couvrir non seulement la partie chirurgicale, mais aussi de pouvoir donner des conseils sur les soins infirmiers au cours de la période pré et postopératoire. Elles doivent apporter au moins un logisticien et être responsables des soins de leur propre équipe ainsi que des équipements et services décrits ci-dessus.

Soins aux brûlés

Une description des équipes de spécialistes des soins aux brûlés déployées en cas de sinistre majeur ou de catastrophe comprenant un grand nombre de patients victimes de brûlures figure dans le document élaboré par le groupe de travail technique sur les brûlures.¹²¹ Il existe deux types principaux d'équipes de spécialistes des soins aux brûlés.

- **Équipes d'intervention rapide pour les soins aux brûlés**
Ces équipes locales sont conçues pour pouvoir se déployer rapidement (dans un délai de 6 à 12 heures) à partir du centre national spécialisé dans les soins aux brûlés vers un hôpital de district ou un établissement similaire qui a reçu un très grand nombre de patients victimes de brûlures. Cette forme d'EMT de spécialistes des soins aux brûlés a pour fonction d'aider au triage final (après le nettoyage des plaies des patients et leur protection avec des pansements appropriés). L'EMT participe à la prise de décision concernant la répartition des patients, qu'ils aillent au centre national spécialisé dans les soins aux brûlés, dans d'autres centres, voire dans des centres internationaux spécialisés dans les soins aux brûlés de la région, qu'ils restent au niveau de soins actuel avec des blessures mineures ou qu'ils reçoivent des soins palliatifs accompagnés d'un soutien pour leur famille.
- **Équipes de spécialistes des soins aux brûlés**
Ces EMT de plus grande taille sont des équipes multidisciplinaires déployées pour des périodes très longues afin d'apporter un soutien aux unités existantes spécialisées dans les soins aux brûlés et à d'autres hôpitaux (y compris ceux de Type 2 ou de Type 3) en cas de catastrophe massive à l'origine d'un grand nombre de patients souffrant de brûlures graves. Ce type d'équipe a pour mission d'appuyer l'équipe locale assurant les soins aux brûlés ou les équipes chirurgicales dans la prise en charge des patients pendant des périodes prolongées, notamment en aidant à la réalisation des interventions chirurgicales appropriées, en mettant à disposition des anesthésistes ayant de l'expérience dans les soins aux brûlés, des infirmiers spécialisés dans les soins aux brûlés et des spécialistes de la rééducation et de la réadaptation des brûlés, ainsi qu'en apportant un soutien logistique.

¹²¹ Hughes A, Almeland SK, Leclerc T, Ogura T, Hayashi M, Mills JA, Norton I, Potokar T. Recommendations for burns care in mass casualty incidents: WHO Emergency Medical Teams Working Group on Burns (WHO TWGB) 2017-2020. Burns. 2021 Mar;47(2):349-370. doi: 10.1016/j.burns.2020.07.001. Epub 2020 Jul 13. PMID: 33041154; PMCID: PMC7955277.

Chirurgie ortho-plastique et reconstructive

Ces EMT de spécialistes en chirurgie sont idéales pour être déployées dans des établissements existants, ou pour renforcer les structures existantes de Type 2 ou de Type 3, avec une prise en charge globale des besoins en chirurgie orthopédique, plastique et reconstructive des patients dans les suites d'une situation d'urgence au cours de laquelle de nombreuses personnes ont été victimes de blessures par traumatisme. Elles doivent disposer de spécialistes appropriés en chirurgie orthopédique et en chirurgie plastique, d'anesthésistes et d'infirmier(ère)s spécialisé(e)s, ainsi que d'experts en rééducation et en réadaptation capables d'aider à la réalisation de l'immobilisation et de la stabilisation de ces blessures complexes. Étant donné la complexité des soins, le nombre d'opérations et de réinterventions, et la nécessité de soins de rééducation et de réadaptation et de soins infirmiers spécialisés de longue durée, ces équipes doivent être prêtes à intervenir sur une très longue période.

Soins chirurgicaux généraux

Les EMT qui assurent des services de soins chirurgicaux généraux en cas de situation d'urgence, notamment en cas de catastrophe soudaine, doivent également comprendre des chirurgiens expérimentés dans le traitement des plaies et en orthopédie. Elles doivent pouvoir être déployées très rapidement, et perdront en utilité après 7 à 10 jours. Comme toutes les équipes chirurgicales, ces équipes de soins spécialisés seront intégrées dans les structures existantes ou apporteront leur soutien à d'autres équipes de Type 2 ou de Type 3, mais elles doivent apporter l'anesthésiste, le spécialiste en soins infirmiers et en rééducation/réadaptation, ainsi que suffisamment de fournitures et de soutien logistique pour le nombre de procédures chirurgicales qu'elles annoncent être en mesure de réaliser. D'une manière générale, les équipes ne doivent pas être déployées pour une durée inférieure à deux semaines, et avoir pour objectif de réaliser au moins sept opérations majeures ou 15 opérations mineures (ou une combinaison des deux) par jour pendant toute la durée de leur séjour.

Soins ophtalmologiques

Les EMT qui fournissent des services ophtalmologiques au cours des situations d'urgence le font généralement au sein de structures existantes ou en accord avec d'autres EMT. Les soins ophtalmologiques peuvent dépasser le cadre des soins chirurgicaux pour inclure également la fourniture de matériel d'assistance, par exemple pour remplacer des aides visuelles ou des lunettes perdues. Elles doivent mettre à disposition l'équipe spécialisée requise ainsi que tous les équipements et tous les consommables pour le nombre d'interventions qu'elles ont annoncé pouvoir réaliser aux autorités locales.

Soins relevant de la neurochirurgie

Les équipes de spécialistes en neurochirurgie doivent être déployées uniquement dans des structures disposant de services de soins intensifs ou des structures de Type 3. Comme pour les autres équipes chirurgicales, elles doivent apporter des anesthésistes et des infirmier(ère)s spécialisé(e)s dans le domaine afin de seconder leurs collègues neurochirurgiens.

Soins relevant de la chirurgie maxillo-faciale

Les EMT spécialisées dans les soins relevant de la chirurgie maxillo-faciale doivent se conformer à toutes les obligations des autres équipes chirurgicales ; cependant, elles sont généralement déployées plusieurs jours après un événement plutôt que dès sa survenue, et restent en place pendant une période plus longue. Elles doivent fournir tout le matériel spécialisé nécessaire à leur intervention et avoir défini clairement le nombre d'interventions ainsi que les capacités qu'elles mettent à la disposition des autorités locales.

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS (RÉÉDUCATION ET RÉADAPTATION)

Soins de rééducation et de réadaptation

Les services de rééducation et de réadaptation sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, et la survenue d'une situation d'urgence crée fréquemment une augmentation massive des besoins non satisfaits. Chaque équipe de Type 2 ou de Type 3 doit comprendre un service de rééducation et réadaptation, mais des équipes de soins spécialisés en rééducation et en réadaptation peuvent aussi venir renforcer cette fonction, ou se déployer dans des établissements de santé et des centres de rééducation et de réadaptation locaux, lorsque ce type de structures existe déjà. Pour de plus amples informations sur cette forme d'équipe de soins spécialisés, les EMT sont invitées à consulter le document produit par le groupe de travail sur la rééducation et la réadaptation. De par leur nature, les soins de rééducation et de réadaptation sont de longue durée, et les équipes doivent prévoir un déploiement d'au moins quatre semaines.

Prise en charge des lésions du rachis

Les EMT de spécialistes de la prise en charge des lésions du rachis peuvent jouer un rôle essentiel dans la prise en charge des patients souffrant de fractures de la colonne vertébrale ou de lésions de la moelle épinière après des situations d'urgence occasionnant des traumatismes sévères, comme les tremblements de terre. Généralement, la présence de ces équipes est requise dès la première semaine suivant la catastrophe et elle se prolongera sur une longue période. Les équipes se déploieront généralement dans les centres existants spécialisés dans la prise en charge des lésions du rachis, lorsque ceux-ci existent, ou dans les grands hôpitaux de recours ou les structures de Type 3. Elles peuvent également être utiles pour conseiller les autres hôpitaux locaux ainsi que les EMT sur les normes de soins pour les patients atteints de lésions du rachis pendant l'intervention d'urgence.

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS (SANTÉ MENTALE)

Soutien en matière de santé mentale et soutien psychosocial

D'une manière générale, les EMT nationales ayant reçu une formation spécialisée spécifique dans ces formes d'interventions seront les mieux placées pour offrir ces services à la population locale. Lorsque ces équipes nationales ne sont pas disponibles ou sont débordées, les EMT internationales peuvent jouer un rôle, mais doivent faire preuve de prudence lorsqu'elles doivent délivrer directement des interventions. Elle peut envisager des interventions conjointes avec des intervenants locaux de façon à adapter ces interventions afin qu'elles soient en adéquation avec la langue, le contexte et la culture du lieu, ces interventions étant dispensées par des personnes locales avec le soutien de l'équipe internationale.

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS (SOINS DE SANTÉ REPRODUCTIVE ET SANTÉ DE LA MÈRE, DU NOUVEAU-NÉ ET DE L'ENFANT)

Santé de la mère et du nouveau-né

Les EMT qui souhaitent répondre aux normes minimales de cette équipe de soins spécialisés sont invitées à consulter le document du groupe de travail sur les soins de santé reproductive et de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Les EMT de spécialistes en soins de la mère et du nouveau-né peuvent travailler de manière indépendante ou se joindre à des équipes travaillant dans le domaine de la santé de l'enfant. Elles sont particulièrement utiles lorsqu'elles sont déployées en soutien à des structures de santé disposant déjà de services de santé de la mère et du nouveau-né ainsi que de services de santé reproductive, ou au sein de structures de Type 2 ou de Type 3.

ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS (INTERDISCIPLINAIRES)

Les équipes de cette catégorie peuvent offrir différentes combinaisons de modules, accompagnées ou non d'une structure de traitement. Si l'espace le permet, elles peuvent être intégrées à la structure existante d'un établissement de santé ou d'une autre EMT, ou bien apporter leur propre structure. Elles caractérisent l'approche modulaire des équipes de soins cliniques, observée notamment lors du déploiement des EMT nationales pour venir en renfort aux hôpitaux submergés par des situations d'urgence prolongées, ce qui permet de déployer par rotation du personnel provenant d'autres régions du pays et de donner un certain répit au personnel local.

Unités de soins intensifs

Les EMT peuvent proposer un module comprenant une unité de soins intensifs pour renforcer les unités de soins intensifs existantes d'un établissement de santé ou d'une autre EMT. Cela peut nécessiter l'adaptation d'un espace non dédié pour en faire une zone supplémentaire de soins intensifs, ou l'apport d'une unité supplémentaire dans une tente ou une autre structure adjacente à l'unité de soins intensifs existante. Les équipes doivent être en mesure de fournir du personnel médical, infirmier et paramédical, ainsi que des lits de soins intensifs et les consommables ; lorsqu'elles proposent de se déployer, elles doivent déclarer aux autorités sanitaires locales le nombre de lits qu'elles seront à même de gérer.

Pédiatrie

Les EMT de spécialistes en soins pédiatriques se déploient généralement pour apporter leur soutien en cas de situations d'urgence ou d'épidémies affectant un grand nombre d'enfants. Ces EMT peuvent être déployées en combinaison avec d'autres modules tels que des équipes de soins intensifs, des équipes de soins de la mère et du nouveau-né ou des équipes chirurgicales. Ces équipes doivent être composées de personnel médical, de personnel infirmier et de personnel paramédical possédant une expertise et des qualifications spécifiques en matière de soins pédiatriques.

Elles doivent assurer la fourniture des consommables supplémentaires nécessaires pour la prise en charge des cas pédiatriques en fonction du contexte de déploiement, par exemple en présence de nombreux traumatismes ou d'une épidémie. Les EMT qui souhaitent répondre aux normes minimales de cette équipe de soins spécialisés sont invitées à consulter le document *Minimum technical standards and recommendations for Reproductive, maternal, newborn and child health care for emergency medical teams*.

Équipes de soins aux patients hospitalisés

Des EMT peuvent être déployées pour augmenter la capacité en lits d'un établissement de santé local ou d'une structure de Type 2 ou de Type 3. Ces équipes de soins aux patients hospitalisés sont généralement censées apporter un soutien logistique suffisant pour mettre en place et gérer des modules de lits d'hospitalisation, par exemple des modules de 10, 20 ou 30 lits, en fonction des besoins locaux et du contexte de la situation d'urgence. Ces équipes doivent faire preuve de souplesse dans la configuration de leurs modules de soins aux patients hospitalisés et être en mesure d'installer des structures sous tente ou d'utiliser des espaces non conventionnels au sein des établissements de santé existants ou situés à proximité afin d'augmenter la capacité en lits. Elles doivent faire en sorte que cette augmentation de la capacité en lits soit assortie du nombre minimum d'infirmier(ère)s nécessaire pour couvrir les équipes de jour et les équipes de nuit. Un petit nombre de médecins doit être proposé, par exemple un ou deux médecins de médecine interne générale, accompagnés d'autres spécialistes en fonction du contexte de la situation d'urgence. Elles doivent faire en sorte que des équipements permettant un approvisionnement en eau et le respect des mesures d'assainissement et d'hygiène (WASH) conformes aux normes des EMT soient prévus pour ces lits supplémentaires, et que la structure d'accueil puisse fournir la nourriture et l'eau requises, ou que les EMT puissent apporter ces éléments supplémentaires avec elles.

Soins nutritionnels aux patients hospitalisés

Au cours des interventions d'urgence, il peut être nécessaire de disposer d'EMT ayant une expérience spécialisée dans la prestation de soins aux personnes souffrant de malnutrition aiguë sévère en milieu hospitalier. Ce service spécialisé peut être fourni dans des établissements de santé existants ou dans des structures de Type 2 ou de Type 3. Ces équipes de spécialistes doivent disposer de médecins et de personnel infirmier spécialisés en pédiatrie, et de nutritionnistes. Elles doivent être en mesure de fournir, directement ou en partenariat avec d'autres organismes, les consommables spécifiques pour cette forme de soins spécialisés, notamment des suppléments nutritionnels spécialisés et des micronutriments. Les EMT doivent être capables de reconnaître et de traiter les différents syndromes de malnutrition ainsi que les complications liées à la réalimentation et aux maladies infectieuses couramment rencontrées dans cette population vulnérable. Étant donné la complexité et la nature prolongée de ce type de soins, les équipes doivent généralement proposer un déploiement sur une longue durée.

Dialyse

Les EMT qui souhaitent fournir un module spécialisé pour les soins de dialyse doivent pouvoir déclarer aux autorités locales le nombre de patients dialysés qu'elles peuvent prendre en charge ou d'interventions de dialyse qu'elles peuvent effectuer chaque jour. Elles doivent être composées d'au moins deux néphrologues et de quatre infirmier(ère)s spécialisé(e)s en néphrologie ainsi que de personnel logistique, et être en mesure de mettre à disposition des machines de dialyse ainsi que les consommables et le dialysat nécessaires pour le nombre de patients qu'elles ont déclaré prendre en charge sur une période d'au moins deux semaines. Les équipes de dialyse peuvent également envisager de proposer d'autres formes de traitements substitutifs temporaires de l'insuffisance rénale qui peuvent être administrés en toute sécurité dans une population en cas de situation d'urgence, comme la dialyse péritonéale. Les équipes de dialyse doivent en général être intégrées au sein d'établissements de soins existants qui proposaient auparavant des services de dialyse, ou qui disposent d'unités de soins intensifs, ainsi qu'au sein d'une structure de Type 3. Dans la mesure du possible, les EMT spécialisées dans la dialyse doivent disposer de protocoles d'activation préexistants et des protocoles d'accord existants avec les autres EMT afin de pouvoir se déployer rapidement, par exemple, après un tremblement de terre pour participer au traitement des personnes souffrant d'un syndrome d'écrasement, et dans les zones où le taux d'insuffisance rénale est élevé et où les services de dialyse rénale sont interrompus de manière temporaire, comme dans les États insulaires après un ouragan ou un cyclone.

Exposition à des agents chimiques ou radionucléaires : traitement et prise en charge clinique

Il est parfois nécessaire de faire appel à des EMT pour constituer des équipes de soins spécialisés afin de traiter les séquelles présentées par une population ayant vécu une situation d'urgence liée à une exposition à des agents chimiques ou radionucléaires, que celle-ci soit intentionnelle ou d'origine accidentelle. Il peut être demandé à ces équipes d'intervenir dans des zones chaudes ou dans des zones froides, une fois la décontamination initiale terminée. Ces équipes de soins spécialisés ont besoin d'une formation spécifique sur les techniques de décontamination secondaire, l'utilisation des EPI appropriés ainsi que la mise en place rapide et la gestion de structures temporaires de terrain pour appuyer les établissements de santé touchés. Ces structures peuvent reproduire les structures de Type 1, de Type 2 ou de Type 3, et être utilisées pour les activités suivantes :

- Prise en charge en ambulatoire des personnes les moins atteintes, qui peuvent recevoir les premiers soins de base et être autorisées à quitter la structure après avoir reçu des informations sur les situations dans lesquelles elles devront chercher à avoir recours à des soins ;
- Prise en charge en milieu hospitalier des patients afin de traiter les effets modérés de l'exposition ou des patients nécessitant une intervention chirurgicale d'urgence pour le traitement de brûlures légères ou d'autres complications ; et
- Soins de niveau orientation-recours des patients nécessitant une prise en charge complexe ou des soins intensifs, ou prise en charge des brûlures étendues ou des autres formes de complications.

Remarque : ce type de riposte est complexe et nécessite des équipes spécialement formées de personnel médical, infirmier, paramédical et responsable de la logistique. Les équipes nationales, régionales et internationales sont encouragées à tenir compte des besoins qui pourraient apparaître et à se préparer correctement avant d'intervenir.

Équipes de soins spécialisés (inter hospitalières)

On assiste aujourd'hui à l'émergence de nouvelles EMT dotées de capacités spécifiques permettant d'appuyer les services préhospitaliers locaux. Ces équipes sont particulièrement utiles dans les domaines des équipes de transport routier en ambulance/préhospitalier, et ont souvent, selon le contexte, accès à des ambulances, des avions ou des bateaux pour les transports d'urgence. Les équipes doivent être conçues sur le modèle des équipes mobiles de Type 1, avec une base d'opérations pouvant assurer les soins du personnel et le réapprovisionnement, et plusieurs équipages ou équipes itinérants capables de travailler sur différents types de plateformes de transport leur permettant de proposer des soins préhospitaliers. Les équipes doivent être composées de médecins, d'infirmier(ère)s et/ou de personnel paramédical ayant reçu une formation en soins préhospitaliers. Elles doivent compter au moins deux médecins au sein de l'équipe pour assurer la supervision des équipes d'intervention et pour être conformes aux réglementations relatives à l'octroi de licences et à la délivrance de médicaments dans les pays ne disposant pas d'un système d'enregistrement du personnel paramédical fournissant des soins préhospitaliers. Les équipes doivent être en mesure de fournir des valises de sauvetage pour les soins préhospitaliers et des consommables pour la réanimation et le transport des patients sévèrement atteints, ainsi que les brancards et les dispositifs de transport nécessaires pour utiliser en toute sécurité des véhicules non spécialisés, à savoir des véhicules autres que des ambulances, pour la prise en charge des patients.

Les EMT préhospitalières peuvent également proposer un module de coordination préhospitalière qui peut venir en appui et en complément des services locaux de coordination préhospitalière existants, ou pallier l'absence de tels services. Ces équipes, si elles sont acceptées, doivent uniquement travailler sous le contrôle des autorités sanitaires locales, et ne pas agir de manière indépendante de celles-ci dans cette fonction de coordination.

Transport, récupération et évacuation sanitaire

Il s'avère de plus en plus important de disposer d'EMT avec des compétences spécialisées et l'équipement nécessaire pour effectuer des récupérations et des évacuations sanitaires complexes. Ces équipes doivent être organisées de la même manière que les équipes préhospitalières décrites ci-dessus, mais doivent disposer de capacités et d'une expérience supplémentaires pour répondre aux spécificités de la récupération de patients par voie aérienne, y compris pour le transport sur de longues distances. Ces équipes peuvent être sollicitées pour la gestion de risques particuliers tels que le transport de personnes atteintes de maladies hautement infectieuses, par exemple le transfert de patients chez qui la présence de la maladie à virus Ebola est suspectée ou confirmée, ou pour le transport en masse d'un grand nombre de patients. Dans chaque cas, l'équipe doit apporter l'ensemble des équipements spécialisés nécessaires à la transformation de l'avion ou de tout autre véhicule en une structure permettant la récupération des patients. Elles doivent autant que possible assurer la sécurité de leurs propres équipes, et sécuriser les patients de manière à ce que le personnel puisse être à leurs côtés pendant le transport et que les soins puissent être poursuivis. Dans certains cas, les autorités nationales ou régionales ou les forces armées peuvent disposer d'équipes d'évacuation sanitaire spécialisées, dotées de leurs propres avions ou autres véhicules adaptés pour la récupération des patients. Les équipes d'évacuation sanitaire doivent préciser aux autorités locales leur capacité réelle de récupération par jour ou par semaine, et fournir les consommables nécessaires au réapprovisionnement de leurs valises de transport pour arriver à cette capacité.

ÉQUIPES DE SOUTIEN TECHNIQUE SPÉCIALISÉ

Services de laboratoire et/ou de transfusion pour les soins aux patients

Les EMT peuvent être organisées de manière à proposer un module autonome ou combiné de services de laboratoire et/ou de transfusion qui peut être utilisé pour compléter ou remplacer temporairement les services de laboratoire ou de transfusion locaux sinistrés, ou pour augmenter la capacité d'une structure de Type 2 ou de Type 3. Elles doivent travailler en étroite collaboration avec l'ensemble des établissements de santé et des EMT pour assurer dans les meilleurs délais la réception et le traitement des échantillons ainsi que la communication des résultats des tests effectués. Une approche centrée sur le patient doit être respectée comme dans toutes les formes de soins de santé, les tests étant effectués en fonction des besoins cliniques et les résultats transmis aux équipes soignantes du patient.

Au cours des interventions d'urgence générales, les laboratoires doivent être en mesure de contribuer à la prise de décision clinique. Les équipes doivent communiquer clairement les types de tests qu'elles peuvent proposer, ainsi que leur capacité en termes de nombre de tests qu'elles sont en mesure d'effectuer chaque jour, tout en étant autosuffisantes en ce qui concerne les réactifs et les appareils nécessaires pour au moins deux semaines. Les prestataires de services de transfusion doivent répondre aux normes minimales décrites pour les services de transfusion dans les structures de Type 2 ou de Type 3.

ÉQUIPES DE SOUTIEN SPÉCIALISÉ

Soutien aux opérations de soins de santé

Ces équipes de soutien spécialisé font partie du système global des EMT et sont principalement composées d'experts en logistique, en secteur WASH et en autres types de soutien technique nécessaires à l'évaluation et à la reconstruction rapides des infrastructures de soutien essentielles au sein des établissements de santé, comme l'alimentation en électricité et en eau, la réparation des structures telles que les toits et les murs, et d'autres services essentiels, notamment les autoclaves/la stérilisation, la gestion des déchets et l'assainissement. Elles jouent un rôle crucial pour permettre au personnel de santé local de reprendre le travail et de fournir des soins sans risque dans leur propre établissement de soins. Elles permettent également aux EMT nationales et internationales déployées dans la région de se retirer dans les meilleurs délais, car plus vite un établissement de santé aura retrouvé sa pleine capacité, plus vite les EMT cliniques pourront envisager de réduire leurs effectifs et de se retirer. Ces équipes peuvent fournir des modules supplémentaires à une EMT ou être déployées séparément. Toutes doivent néanmoins s'enregistrer auprès des autorités sanitaires locales, et leurs activités être coordonnées par ces mêmes autorités.

Équipes de soutien de la cellule de coordination des EMT

Les EMT peuvent proposer des personnes ou des modules pour appuyer les autorités sanitaires dans la coordination des EMT nationales et, sur demande, des EMT internationales. Dans la mesure du possible, ces membres de la cellule de coordination des EMT doivent avoir suivi un cours sur ce type de cellule de coordination au niveau national ou régional, et posséder des compétences spécialisées dans au moins une des fonctions clés de cette cellule. Le module de la cellule de coordination des EMT doit être proposé pour appuyer les opérations au sein du centre des opérations d'urgence sanitaire national ou local.

Gestion de la pharmacie et des dons

Les EMT peuvent être déployées pour aider les autorités sanitaires locales à gérer les dons de grands quantités de produits pharmaceutiques et d'autres formes d'équipement médical et de consommables. Tous les donateurs doivent respecter les normes et les protocoles de l'OMS ainsi que les normes et les protocoles internationaux et nationaux régissant le don de matériel médical. Ces équipes peuvent comprendre un petit nombre de conseillers en matière de santé, mais doivent être principalement composées de pharmaciens et de logisticiens spécialisés dans le domaine médical. Elles doivent travailler en appui des mécanismes existants des autorités sanitaires pour la réception, le stockage et la distribution des fournitures ainsi que des consommables médicaux. Elles doivent être spécifiquement formées à la gestion de grands volumes de stocks médicaux et pharmaceutiques, et de préférence maîtriser différents systèmes informatiques de gestion des approvisionnements en produits médicaux susceptibles d'être utilisés par les pays de leur région. Elles doivent également être en mesure de contribuer à la mise en place de mesures provisoires pour gérer les informations relatives aux stocks lorsque les systèmes locaux sont débordés.

Annexe 6.

Hypothèses et calculs concernant le soutien opérationnel

Cette section fournit des exemples et des orientations sur les estimations concernant le soutien opérationnel en fonction du type d'EMT.

ÉLECTRICITÉ

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|---|---|---|---|
| <p>Un seul générateur à essence de 2 kVA à transporter sur le site où sont fournis les soins, et de 5 à 10 kVA pour les besoins du camp de base</p> <p>Prévoir du carburant et une réserve pour les véhicules (activités mobiles)</p> | <p>5 à 10 kVA</p> <p>Pour approvisionner une structure fixe de Type 1 de taille moyenne</p> | <p>30 à 50 kVA</p> <p>pour une structure de Type 2 de taille standard sans climatisation</p> <p>Envisager de doubler cette puissance en cas de déploiement pour lesquels une climatisation est nécessaire</p> | <p>Estimation de 100 à 200 kVA, en fonction de la présence de systèmes de climatisation, etc.</p> |

COMMUNICATIONS

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|---|-----------------------------------|---|--|
| <p>Cartes SIM locales débloquées pour les téléphones ordinaires et les smartphones</p> <p>Téléphone satellite à orbite basse de type Iridium pour les communications vocales ; communication par satellite à large bande pour la transmission des données et les communications vocales au camp de base</p> | <p>Identique au Type 1 mobile</p> | <p>Identique au Type 1 mobile</p> <p>Radios émetteur-récepteur UHF/VHF pour la communication interne sur site entre les membres de l'équipe</p> | <p>Identique au Type 2</p> <p>Envisager la possibilité de disposer de connexions de données à large bande passante pour permettre le recours à la télé santé</p> |

APPROVISIONNEMENT EN EAU

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|---|--|--|---|
| <p>Hypothèses : Membres de l'équipe de l'« unité centrale » : 40 à 60 L/par personne et par jour (ppj)</p> <p>Membres de l'équipe « terrain » : 5 L/ppj</p> <p>Patients externes : 5 L/ppj</p> <p>Une quantité supplémentaire de 50 L d'eau potable par jour permettra le nettoyage et la stérilisation si nécessaire</p> <p>Calcul : Besoins totaux en eau</p> <p>$1 \text{ équipe} \times 4 \text{ personnes (p)} = (4 \text{ p} \times 5 \text{ L/ppj} + 50 \text{ L}) = 70 \text{ L/j} = 70 \text{ L par jour plus } 5 \text{ L} \times 50 \text{ patients externes} = 250 \text{ L par jour}$</p> <p>5 personnes à l'unité centrale : $5 \text{ p} \times 60 \text{ L} = 300 \text{ L par jour}$</p> <p>Total : $70 + 250 + 300 = 620 \text{ L par jour}$</p> <p>Quantité totale d'eau à traiter :</p> <p>Hypothèse : une journée de travail de 12 heures = $620/12 =$ débit horaire requis de 51,66 L</p> <p>Besoins totaux en stockage : Au niveau de l'« unité centrale » : 620×3 (72 heures de stockage) = 1860 L ≈ capacité de stockage de 2000 L</p> <p>Pour chaque équipe de terrain : $70 + 250 \text{ L} =$ capacité de stockage 320 L</p> | <p>Hypothèses : Membres de l'équipe : 40 à 60 L/ppj (par personne et par jour)</p> <p>Patients externes : 5 L/ppj</p> <p>Une quantité supplémentaire de 150 L d'eau potable par jour permettra le nettoyage et la stérilisation si nécessaire</p> <p>Calcul : Besoins totaux en eau pour une équipe de 26 personnes</p> <p>$[26 \text{ p} \times 60 \text{ L/ppj}] + [100 \text{ patients externes} \times 5 \text{ L/ppj}] + 150 \text{ L} = 2210 \text{ L par jour}$</p> <p>Quantité totale d'eau à traiter : Hypothèse : une journée de travail de 12 heures = $2210/12 =$ débit horaire requis de 185 L</p> <p>Besoins totaux en stockage : 2210×3 (72 heures de stockage) = 6630 L ≈ capacité de stockage de 7000 L</p> <p>= 6630 litres = 7000 litres storage capacity</p> | <p>Hypothèses : Membres de l'équipe : 40 à 60 L/ppj</p> <p>Patients externes : 5 L/ppj</p> <p>Patients hospitalisés : 60 L/ppj</p> <p>Intervention chirurgicale : 100 L</p> <p>Équipe de 60 personnes assurant le fonctionnement d'un bloc opératoire T2 de 20 lits</p> <p>Calcul : $(60 \text{ p} \times 60 \text{ L/ppj}) + [100 \text{ patients externes} \times 5 \text{ L/ppj}] + [20 \text{ patients hospitalisés} \times 60 \text{ L/ppj}] + [15 \text{ int. chirurgicales} \times 100 \text{ L}] = 6800 \text{ L par jour}$</p> <p>Ajout de l'eau pour les chasses d'eau des latrines, le nettoyage des latrines et des contenants de déchets : 200 utilisations par chasse d'eau, 5 L par utilisation</p> <p>$200 \text{ utilisations} \times 5 \text{ L} = 1000 \text{ L}$</p> <p>1000 L supplémentaires pour le nettoyage des structures et la stérilisation</p> <p>Quantité totale d'eau à traiter : Hypothèse : une journée de travail de 12 heures = $8800/12 =$ débit horaire requis de 733 L</p> <p>Besoins totaux en stockage : 8810×3 (72 heures de stockage) = 26 430 L ≈ capacité de stockage de 25 000 L</p> | <p>Hypothèses : Membres de l'équipe : 40 à 60 L/ppj</p> <p>Patients externes : 5 L/ppj</p> <p>Patients hospitalisés : 60 L/ppj</p> <p>Intervention chirurgicale : 100 L</p> <p>Exemple : Une équipe de 100 personnes gérant une structure de 100 lits, 2 salles d'opération de Type 3 avec une grande structure de soins ambulatoires, qui constitue le principal substitut de l'hôpital régional.</p> <p>$(100 \text{ p} \times 60 \text{ L/ppj}) + [200 \text{ patients externes} \times 5 \text{ L/ppj}] + [40 \text{ patients hospitalisés} \times 60 \text{ L/ppj}] + [30 \text{ int. chirurgicales} \times 100 \text{ L}] = 12 400 \text{ L par jour}$</p> <p>Ajout de l'eau pour la chasse d'eau des latrines, le nettoyage des latrines et des contenants de déchets</p> <p>$300 \text{ utilisations par chasse d'eau, } 5 \text{ L par utilisation} : 300 \times 5 = 1500 \text{ L}$</p> <p>1000 L supplémentaires pour les structures de nettoyage et la stérilisation</p> <p>Quantité totale d'eau à traiter : Hypothèse : une journée de travail de 12 heures = $14 900/12 =$ débit horaire requis de 1242 L</p> <p>Besoins totaux en stockage : $14 900 \times 3$ (72 heures de stockage) = 44 700 L ≈ capacité de stockage 45 000 L</p> |

HYGIÈNE

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|---|--|--|--|
| <p>Les équipes doivent faire en sorte de disposer des moyens appropriés pour assurer une hygiène adéquate au sein de leur structure (c'est-à-dire des postes de lavage des mains, du gel hydroalcoolique pour les mains).</p> <p>Minimum : Un flacon de gel hydroalcoolique pour les mains par point de service.</p> <p>Stations de lavage des mains dans les parties communes et à l'entrée principale de la structure hospitalière.</p> <p>Matériel d'information, d'éducation et de communication (IEC) pour la sensibilisation à l'hygiène des mains, compréhensible et clairement visible aux endroits clés.</p> | <p>Les équipes doivent faire en sorte de disposer des moyens appropriés pour assurer une hygiène adéquate au sein de leur structure (c'est-à-dire des postes de lavage des mains, du gel hydroalcoolique pour les mains).</p> <p>Minimum : Un flacon de gel hydroalcoolique pour les mains par point de service.</p> <p>Stations de lavage des mains dans les parties communes et à l'entrée principale de la structure hospitalière.</p> <p>Matériel IEC pour la sensibilisation à l'hygiène des mains, compréhensible et clairement visible aux endroits clés.</p> | <p>Au moins un flacon de gel hydroalcoolique pour les mains à chaque point de service.</p> <p>Stations de lavage des mains appropriées dans les points de service, les endroits clés et les zones de service.</p> <p>Il doit y avoir au moins deux stations d'hygiène des mains dans chaque unité de plus de 20 lits.</p> <p>Stations de gestion menstruelle et de lavage appropriées pour permettre une gestion menstruelle dans la dignité ; fournir des produits et des accessoires pour gérer les problèmes d'incontinence.</p> <p>Matériel IEC pour la sensibilisation à l'hygiène des mains, compréhensible et clairement visible aux endroits clés.</p> | <p>Identique au Type 2</p> |
| <p>Hypothèses : Équipe de 13 personnes Stations de lavage des mains : 3</p> <p>Lavabo mobile pour le lavage des mains par équipe mobile : 1</p> <p>Douches pour le personnel : 2</p> | <p>Hypothèses : Équipe de 26 personnes</p> <p>Stations de lavage des mains : 7 à 10</p> <p>Douches pour le personnel : 2</p> | <p>Hypothèses : Équipe de 60 personnes</p> <p>Stations de lavage des mains : 10 à 15</p> <p>Douches pour le personnel : 4 Douches pour les patients : 2</p> | <p>Hypothèses : Équipe de 80 personnes</p> <p>Stations de lavage des mains : 20 à 25</p> <p>Douches pour le personnel : 6 Douches pour les patients : 4</p> |

NETTOYAGE DE L'ENVIRONNEMENT

Résumé des estimations des besoins en matière de nettoyage de l'environnement en fonction du type d'EMT

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|---|---|--|----------------------------|
| <p>Aucun linge réutilisable n'est requis ; cependant, les EMT doivent disposer d'une procédure pour le traitement des vêtements souillés du personnel.</p> <p>Du matériel de nettoyage (c'est-à-dire du détergent, des serpillières, des seaux, etc.) approprié et bien entretenu est disponible.</p> <p>Au moins deux nécessaires de traitement des déversements par zone de soins</p> | <p>Aucun linge réutilisable n'est requis ; cependant, les EMT doivent disposer d'une procédure pour le traitement des vêtements souillés du personnel.</p> <p>Du matériel de nettoyage (c'est-à-dire du détergent, des serpillières, des seaux, etc.) approprié et bien entretenu est disponible.</p> <p>Au moins deux nécessaires de traitement des déversements par zone de soins</p> <p>Prévoir une approche de nettoyage séparée (matériel, procédures) dans les zones à risque.</p> <p>Au moins deux paires de gants de ménage, un bleu de travail ou un tablier et une paire de bottes en bon état pour chaque membre du personnel chargé du nettoyage et de l'élimination des déchets.</p> | <p>Du matériel de nettoyage (c'est-à-dire du détergent, des serpillières, des seaux, etc.) approprié et bien entretenu est disponible.</p> <p>Au moins deux nécessaires de traitement des déversements par zone de soins</p> <p>Prévoir une approche de nettoyage séparée (matériel, procédures) dans les zones à risque.</p> <p>Service de blanchisserie obligatoire pour le linge des patients</p> | <p>Identique au Type 2</p> |

GESTION DES DÉCHETS

Voir les exemples ci-dessous pour obtenir une estimation des déchets qui seront produits, ainsi que les capacités minimales de confinement et de traitement à prévoir. À noter que ces calculs sont basés sur des hypothèses et que les quantités exactes peuvent changer.

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|--|---|--|---|
| <p>Une structure de Type 1 mobile avec 2 équipes mobiles doit disposer des équipements pour une capacité de traitement minimale de 20 kg de déchets (tous les deux jours). Chaque équipe mobile doit avoir la capacité de confiner et de transporter en toute sécurité 42 L de déchets dans des contenants scellés jusqu'au camp de base de l'EMT.</p> | <p>Une structure de Type 1 fixe doit disposer des équipements pour une capacité de traitement minimale de 10 kg par jour. Besoins en matière de confinement des déchets à risque infectieux : capacité de confinement de 100 L.</p> | <p>Les patients hospitalisés produisent environ 12 kg de déchets infectieux par jour ; les patients externes environ 9 kg. Une structure de Type 2 doit disposer des équipements pour une capacité de traitement minimale de 20 kg de déchets infectieux par jour. Besoins en matière de confinement des déchets à risque infectieux : capacité de confinement de 200 L.</p> | <p>Les patients hospitalisés produisent environ 24 kg de déchets infectieux par jour ; les patients externes environ 18 kg. Une structure de Type 3 doit disposer des équipements pour une capacité de traitement minimale de 40 kg de déchets infectieux par jour. Besoins en matière de confinement : capacité de confinement de 400 L.</p> |
| <p>Hypothèses : Chaque équipe mobile : 50 patients externes par jour ; 0,07 kg de déchets infectieux par patient ; durée maximum de stockage de déchets infectieux : deux jours (48 heures).</p> <p>Calcul : 50 patients x 0,07 kg/patient x 1,2 (marge de sécurité) = 4,2 kg de déchets infectieux par jour ; deux jours de stockage x 4,2 kg par jour = 8,4 kg tous les deux jours</p> <p>Résultat : Cette structure de Type 1 avec 2 équipes mobiles doit disposer des équipements permettant une capacité de traitement minimale de 16,8 kg de déchets infectieux (tous les deux jours). Taille des contenants nécessaires pour le transport des déchets depuis les dispensaires mobiles jusqu'à la base des opérations : la densité moyenne des déchets non compactés est de 200 kg/m³ (8,4 kg x 1000 L/200 kg = 42 L, ce qui signifie que l'équipe doit disposer de la capacité de confiner et de transporter en toute sécurité 42 L de déchets dans des contenants scellés.</p> | <p>Hypothèses : 100 patients externes par jour ; 0,07 kg de déchets infectieux par patient ; durée maximum de stockage de déchets infectieux : deux jours (48 heures).</p> <p>Calcul : 100 patients x 0,07 kg/patient x 1,2 (marge de sécurité) = 8,4 kg de déchets infectieux par jour ; deux jours de stockage x 8,4 kg par jour = 16,8 kg tous les deux jours</p> <p>Résultat : Cette structure de Type 1 fixe doit disposer des équipements permettant une capacité de traitement minimale de 16,8 kg (tous les deux jours).</p> | <p>Hypothèses : 20 patients hospitalisés ; taux d'occupation des lits de 100 % ; durée de chaque cycle = 1 heure, 8 heures de traitement des déchets par jour ; sept jours de traitement par semaine ; 0,5 kg de déchets infectieux par lit et par jour. 100 patients externes par jour ; 0,07 kg de déchets infectieux par patient ; durée maximum de stockage de déchets infectieux : deux jours (48 heures).</p> <p>Calcul : Déchets infectieux produits par les patients hospitalisés : 20 lits x 100 % d'occupation des lits x 0,5 kg/lit/jour x 1,2 (marge de sécurité) = 12 kg de déchets infectieux par jour Déchets infectieux produits par les patients externes : 100 patients x 0,07 kg/patient x 1,2 (marge de sécurité) = 8,4 kg de déchets infectieux par jour Besoins en matière de confinement : Quantité maximale de déchets infectieux à stocker : deux jours, 20,4 kg x deux jours = 40,8 kg 40,8 kg x 1000 L/200 kg = contenant de 204 L Capacité de traitement : 20,4 kg/8 heures de travail = 2,55 kg par heure Résultat : Cette structure de Type 2 doit disposer des équipements permettant une capacité de traitement minimale de 3 kg par heure.</p> | <p>Hypothèses : 100 patients hospitalisés ; taux d'occupation des lits de 100 % ; durée de chaque cycle = 1 heure, 8 heures de traitement des déchets par jour ; sept jours de traitement par semaine ; 0,5 kg de déchets infectieux par lit et par jour. 200 patients externes par jour ; 0,07 kg de déchets infectieux par patient ; durée maximum de stockage de déchets infectieux : deux jours (48 heures).</p> <p>Calcul : Déchets infectieux produits par les patients hospitalisés : 100 lits x 100 % d'occupation des lits x 0,5 kg/lit/jour x 1,2 (marge de sécurité) = 60 kg de déchets infectieux par jour Déchets infectieux produits par les patients externes : 200 patients x 0,07 kg/patient x 1,2 (marge de sécurité) = 16,8 kg de déchets infectieux par jour Besoins en matière de confinement : Quantité maximale de déchets infectieux à stocker : deux jours, 76,8 kg x deux jours = 153,6 kg 153,6 kg x 1000 L/200 kg = contenant de 768 L Capacité de traitement : 76,8 kg/8 heures de travail = 9,6 kg par heure Résultat : Cette structure de Type 3 doit disposer des équipements permettant une capacité de traitement minimale de 10 kg par heure.</p> |

ASSAINISSEMENT

Veillez trouver ci-dessous des exemples et des considérations pour estimer les besoins en matière de gestion des excréments, des boues fécales et des eaux grises. Veillez noter que ces calculs sont basés sur des hypothèses et que les quantités exactes peuvent varier.

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|--|--|--|----------------------------|
| <p>Les équipes doivent être en mesure de gérer, collecter et confiner leurs propres excréments pour assurer une élimination sans risque (c'est-à-dire disposer de toilettes portables avec des sacs en plastique et des granulés absorbants).</p> <p>Latrines Membres de l'équipe 1 : 20 latrines (hommes et femmes séparés) Patients externes 1 : 50 latrines Prendre en compte le ratio hommes/femmes, les personnes handicapées et les enfants.</p> <p>Gestion des boues fécales au camp de base de l'EMT par confinement et traitement sur place si les structures locales ne sont pas en mesure de prendre en charge ces déchets.</p> <p>Gestion des eaux grises au camp de base de l'EMT au moyen d'un séparateur de graisses et d'une infiltration ou d'un confinement.</p> | <p>Toilettes clairement séparées pour le personnel et pour les patients. Système en place permettant d'identifier quelles toilettes sont pour le personnel et pour les patients.</p> <p>Latrines Membres de l'équipe 1 : 20 latrines (hommes et femmes séparés) Patients externes 1 : 50 latrines Prendre en compte le ratio hommes/femmes, les personnes handicapées et les enfants. Au moins un WC fournit le moyen nécessaire pour gérer les besoins en matière d'hygiène menstruelle. Au moins un WC pour la zone d'isolement.</p> <p>Gestion des boues fécales par confinement et traitement sur place si les structures locales ne sont pas en mesure de prendre en charge ces déchets.</p> <p>Douches/lavage Poste de lavage devant permettre de procéder à un nettoyage sommaire des patients externes si nécessaire avant leur évaluation. Douches pour le personnel (hommes et femmes séparés)</p> <p>Gestion des eaux grises au moyen d'un séparateur de graisses et d'une infiltration ou d'un confinement et traitement</p> | <p>Toilettes et douches clairement séparées pour le personnel et pour les patients. Système en place permettant d'identifier lesquelles sont pour le personnel et pour les patients.</p> <p>Latrines Membres de l'équipe 1 : 20 latrines (hommes et femmes séparés) Patients externes 1 : 50 Patients hospitalisés 1 : 20</p> <p>latrines Prendre en compte le ratio hommes/femmes, les personnes handicapées et les enfants. Au moins un WC fournit le moyen nécessaire pour gérer les besoins en matière d'hygiène menstruelle. Installations appropriées pour le lavage des mains à proximité des toilettes. Au moins un WC pour la zone d'isolement.</p> <p>Gestion des boues fécales par confinement et traitement sur place si les structures locales ne sont pas en mesure de prendre en charge ces déchets.</p> <p>Cela doit comprendre la possibilité de mettre à disposition des toilettes et des installations de lavage séparées pour la prise en charge des patients isolés du personnel en cas d'épidémie de gastro-entérite/maladies diarrhéiques.</p> <p>Gestion des eaux grises au moyen d'un séparateur de graisses et d'une infiltration ou d'un confinement et traitement Un mécanisme d'élimination et de traitement des eaux grises infectieuses doit être envisagé.</p> | <p>Identique au Type 2</p> |

| Type 1 mobile | Type 1 fixe | Type 2 | Type 3 |
|--|---|---|---|
| <p>Au camp de base pour le personnel : 2 1 solution de toilettes mobiles pour les visites sur le terrain (pour le personnel) par équipe</p> <p>Exemple : Ensemble des besoins en toilettes Personnel Terrain : 2 équipes x 4 personnes = (1x2) = 2 latrines Base d'opérations : 13 personnes au camp de base de l'EMT = 2 latrines (hommes et femmes séparés) Total = 1 + 1 = 2 latrines pour le personnel Ensemble des besoins en toilettes Services ambulatoires : Terrain : 2 équipes x 50 patients externes chacune = (1:50x2) = 4 2 ensembles de 2 latrines (hommes et femmes séparés), avec accès pour les personnes handicapées et adaptées pour les enfants Ensemble des besoins en douches Personnel Base d'opérations : 13 personnes au camp de base de l'EMT = 2 douches (hommes et femmes séparés)</p> | <p>Personnel : 2 Zone où se trouvent les patients : 4 (2 pour les patients externes) (1 WC d'isolement) (1 WC accessible aux personnes à mobilité réduite)</p> <p>Exemple : Ensemble des besoins en toilettes Personnel Terrain : équipe de 26 personnes = 2 latrines pour le personnel (hommes et femmes séparés) Services ambulatoires : 100 patients externes 3 latrines dans la zone d'attente (2 séparées pour hommes et pour femmes, et 1 avec accès pour les personnes handicapées et adaptée pour les enfants) Latrines de la zone d'isolement = 4 latrines Ensemble des besoins en douches Personnel 26 personnes = 2 douches (hommes et femmes séparés)</p> | <p>Personnel : 4 Zone où se trouvent les patients : 6 (2 pour les patients externes) (2 pour les patients hospitalisés (hommes et femmes séparés)) (1 WC d'isolement) (1 WC accessible aux personnes à mobilité réduite)</p> <p>Exemple : Équipe de 60 personnes gérant 20 lits, 1 salle d'opération T2, 100 patients externes par jour Ensemble des besoins en toilettes Personnel Terrain : équipe de 60 personnes = 6 latrines pour le personnel (hommes et femmes séparés) Services ambulatoires : 100 patients externes 3 latrines dans la zone d'attente (2 séparées pour hommes et pour femmes, et 1 avec accès pour les personnes handicapées et adaptée pour les enfants) Patients hospitalisés : Latrines de la zone d'isolement = 1 3 latrines (2 séparées pour hommes et pour femmes, et 1 avec accès pour les personnes handicapées et adaptée pour les enfants) Ensemble des besoins en douches Personnel 26 personnes = 2 douches (hommes et femmes séparés) Patients hospitalisés : 3 douches (2 séparées pour hommes et pour femmes, et 1 avec accès pour les personnes handicapées et adaptée pour les enfants)</p> | <p>Personnel : 6 Zones où se trouvent les patients : 8 (2 pour les patients externes) (2 pour les patients hospitalisés) (1 WC d'isolement) (1 WC accessible aux personnes à mobilité réduite)</p> <p>Exemple : Équipe de 100 personnes gérant 100 lits, 2 salles d'opération T3, avec un grand service de consultations externes (200 patients par jour) ; structure qui constitue le principal substitut de l'hôpital régional. Ensemble des besoins en toilettes Personnel Terrain : équipe de 100 personnes = 10 latrines pour le personnel (hommes et femmes séparés) Services ambulatoires : 200 patients externes 6 latrines dans la zone d'attente (4 séparées pour hommes et pour femmes, et 2 avec accès pour les personnes handicapées et adaptées pour les enfants) Patients hospitalisés : Latrines de la zone d'isolement = 4 10 latrines (8 séparées pour hommes et pour femmes, 2 avec accès pour les personnes handicapées et adaptées pour les enfants) Ensemble des besoins en douches Personnel 100 personnes = 4 douches (hommes et femmes séparés) Patients hospitalisés : 9 douches (6 séparées pour hommes et pour femmes, et 2 avec accès pour les personnes handicapées et adaptées pour les enfants)</p> |
| <p>Total des eaux grises Au camp de base de l'EMT : environ 500 L</p> | <p>Total des eaux grises : environ 1500 L</p> | <p>Total des eaux grises : environ 4500 L</p> | <p>Total des eaux grises : environ 12 000 L</p> |



Organisation
mondiale de la Santé

Équipes médicales d'urgence
Organisation mondiale de la santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Suisse
Email: emteams@who.int
Web: <https://extranet.who.int/emt/>

