

Faire face au fardeau croissant des traumatismes dans les situations de crise humanitaire au sein de la Région de la Méditerranée orientale

Résumé d'orientation

La Région OMS de la Méditerranée orientale est confrontée à certaines des situations d'urgence les plus aiguës, les plus complexes et de plus grande ampleur à l'échelle mondiale. Neuf des États Membres sont classés comme étant en situations de fragilité ou de conflit par la Banque mondiale, et cinq des 10 catastrophes naturelles les plus mortelles survenues dans le monde entre 2022 et 2023 se sont produites dans la Région. Chacune de ces crises a entraîné une lourde charge de morbidité et de mortalité liée aux traumatismes, y compris des traumatismes complexes et des incidents faisant un grand nombre de victimes. Dans les crises humanitaires prolongées, cette charge peut rester à des niveaux élevés pendant de nombreuses années.

La prise en charge efficace des traumatismes nécessite un parcours de soins de traumatologie fonctionnel, intégré à un système complet de services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux. Toutefois, dans de nombreux contextes humanitaires, les systèmes de santé déjà fragiles ont été gravement affaiblis et ont subi des dommages, ce qui a limité la capacité des agents de santé à fournir des services de santé essentiels, y compris des soins de traumatologie. Les contraintes opérationnelles dues à l'insécurité, aux restrictions d'accès et aux obstacles bureaucratiques peuvent limiter encore davantage la prestation de soins de santé et de traumatologie essentiels. En outre, peu d'organismes ont le mandat ou les capacités de fournir des soins de traumatologie dans les contextes humanitaires, en particulier lors de conflits prolongés.

S'appuyant sur les expériences réussies en Iraq et en Palestine, l'OMS a créé l'Initiative régionale pour la prise en charge des traumatismes en 2020 afin d'aider à combler les lacunes en matière de soins de traumatologie dans les contextes humanitaires. Grâce à une assistance technique et opérationnelle ainsi qu'au renforcement des capacités, ladite initiative a soutenu la riposte à plus de 200 incidents faisant un grand nombre de victimes dans cinq zones touchées par un conflit, le nombre de patients blessés pris en charge étant estimé à 800 000.

Afin de développer et d'améliorer davantage les soins de traumatologie dans les situations de crise humanitaire dans la Région, l'OMS a élaboré un cadre opérationnel pour ces contextes particuliers et difficiles. S'appuyant sur la résolution WHA76.2 adoptée par la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023, le cadre s'articule autour du continuum des services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux. Ceci inclut les soins communautaires, primaires et préhospitaliers, les soins hospitaliers aigus, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs, ainsi que les services de réadaptation. L'approche garantit que toutes les possibilités de réduire la morbidité et la mortalité des patients victimes de traumatismes sont saisies et que la transition d'un patient entre les différents services est aussi harmonieuse que possible.

Le cadre repose sur le principe SWIFT (en anglais Safe, Workable, Intuitive, Fair and Timely), à savoir que les interventions de traumatologie devraient être sûres, viables, intuitives, équitables et opportunes. Compte tenu des principales contraintes en matière de ressources rencontrées dans la plupart des zones fragiles ou touchées par des conflits, les orientations et l'appui techniques doivent être stratifiés en fonction des capacités du système de santé local et de l'environnement opérationnel.

Les objectifs du cadre opérationnel sont les suivants : intensifier les mesures prises par la communauté face aux traumatismes ; renforcer les capacités au niveau des soins de santé primaires pour la prise en charge initiale des traumatismes ; améliorer la rapidité et la qualité des soins pendant le transport des patients ;

renforcer les services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux ; élaborer des protocoles et des systèmes pour l'intégration précoce des services de réadaptation dans la prise en charge des traumatismes ; élaborer des protocoles et des systèmes pour la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs tout au long du parcours de soins de traumatologie ; développer et renforcer les capacités nationales d'intervention rapide et de montée en puissance, y compris les équipes médicales d'urgence ; consolider les systèmes d'information pour les soins d'urgence et de traumatologie ; et mettre en place un programme d'amélioration de la qualité des soins de traumatologie.

Introduction

1. Les traumatismes représentent un problème de santé publique majeur dans le monde. Près de cinq millions de décès surviennent chaque année en raison de traumatismes, et 45 millions de victimes supplémentaires souffrent par la suite d'une incapacité (1, 2). Ce chiffre dépasse le nombre de décès dus aux effets combinés du paludisme, de la tuberculose et du VIH. La charge de morbidité la plus élevée concerne les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure, dont beaucoup sont confrontés aux effets cumulés et convergents des conflits, des flambées épidémiques récurrentes, des catastrophes naturelles et de la fragilité de leur économie. La prise en charge efficace des traumatismes nécessite une approche globale et coordonnée des systèmes qui couvre l'ensemble du continuum allant de la prévention des traumatismes à la réadaptation.

2. La Région de la Méditerranée orientale ploie sous un fardeau traumatique particulièrement lourd et caractéristique, en raison des multiples conflits en cours et des catastrophes naturelles récurrentes. Neuf pays de la Région sont classés par la Banque mondiale dans la catégorie des pays en situation de fragilité et de conflit (3). Avec une population de 745 millions d'habitants, la Région abrite neuf pour cent de la population mondiale, dont 107 millions ont besoin d'aide humanitaire, ce qui représente 36 % de la charge humanitaire mondiale (4). En avril 2024, l'OMS intervenait dans 19 situations d'urgence majeures dans toute la Région. Les effets directs et indirects de bon nombre de ces situations d'urgence ont entraîné une forte prévalence des traumatismes, mettant à rude épreuve des systèmes de santé déjà affaiblis.

3. La réponse apportée face aux traumatismes et aux autres besoins médicaux urgents dans les contextes humanitaires pose de multiples défis. Les systèmes de santé connaissent souvent des dégradations progressives pendant les conflits et peuvent subir des dégâts et des destructions graves après des catastrophes naturelles. L'insécurité, l'accès limité aux soins de santé, la perte de personnel médical, la perturbation des lignes d'approvisionnement, les déplacements forcés, les déficits de financement et les attaques visant les soins de santé ne sont que quelques-uns des facteurs qui entravent la prestation des services de santé dans les contextes humanitaires. De plus, la complexité des traumatismes et le grand nombre de victimes associées aux conflits et aux catastrophes naturelles exercent une pression particulière sur les systèmes de santé, exigeant des ressources et des capacités qui font souvent défaut dans ces contextes.

4. Pour pallier ces insuffisances dans la Région, l'OMS a élaboré un cadre opérationnel qui permet de prendre en charge les traumatismes de manière plus efficace et plus prévisible dans les situations de crise humanitaire. Le présent document résume la charge de traumatismes dans la Région qui sont imputables aux conflits et aux catastrophes naturelles, passe en revue le contexte opérationnel et les défis à relever, et propose une approche stratégique pour limiter la morbidité et la mortalité liées aux traumatismes dans les situations de crise humanitaire.

Charge due aux traumatismes dans les situations de crise humanitaire dans la Région

5. Il est difficile de quantifier la mortalité et la morbidité liées aux traumatismes dans les situations de conflit en raison de l'existence de contraintes opérationnelles et systémiques ainsi que de limitations de ressources. Néanmoins, les données existantes indiquent une lourde charge dans la Région. En 2023, huit États Membres ont enregistré chacun plus de 1000 décès liés à un conflit (fourchette comprise entre 1038 et 14 248), dont sept États Membres classés comme en situation de fragilité et de conflit (5). En raison de la nature prolongée de nombreux conflits, ce fardeau peut s'étendre sur de nombreuses années. En Afghanistan,

les Nations Unies ont documenté plus de 1000 décès civils liés à des traumatismes (fourchette comprise entre 1052 et 1686) et plus de 1000 traumatismes civils (fourchette comprise entre 1440 et 3600) chaque année entre 2009 et 2021 (6).

6. Les conflits de haute intensité qui se sont aggravés en 2023 en Israël et en Palestine et au Soudan ont fait peser un lourd tribut. Au Soudan, 12 270 décès liés au conflit ont été signalés entre le 15 avril 2023 et le 26 avril 2024, bien que ces chiffres soient généralement sous-estimés en raison des contraintes d'accès (5). Selon le Ministère de la Santé palestinien, entre le 27 octobre 2023 et le 20 avril 2024, la guerre dans la bande de Gaza a fait 34 049 morts et 76 901 blessés ; 72 % des décès concernaient des femmes et des enfants (7).

7. Les catastrophes naturelles représentent également un lourd fardeau de traumatismes pour la Région. Entre 2022 et 2023, cinq des 10 catastrophes naturelles les plus mortelles au monde se sont produites dans la Région, notamment des tremblements de terre (Afghanistan, Maroc, République arabe syrienne), des inondations faisant suite à une tempête tropicale et à l'éclatement d'un barrage (Libye), et des inondations liées à la mousson (Pakistan). Chaque crise a fait plus de 1000 morts (fourchette comprise entre 1739 et 12 352), endommagé ou détruit des établissements de santé et perturbé les systèmes de santé, réduisant ainsi l'accès aux soins de santé en cas de besoin aigu (8). Des catastrophes technologiques telles que l'explosion du port de Beyrouth en 2020 peuvent également avoir des effets dévastateurs ; cet événement unique a détruit plusieurs établissements de soins de santé (9) et blessé plus de 6500 personnes (10).

8. À l'échelle mondiale, la mortalité due aux traumatismes est près de trois fois plus élevée dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure que dans les pays à revenu élevé (1), les pays qui se trouvent dans des situations de fragilité et de conflit étant les plus touchés. Cela est dû à des facteurs concurrents complexes, tels que le fardeau disproportionné des traumatismes et le manque d'accès aux services de soins de santé (9).

9. Les soins préhospitaliers limités constituent une source de préoccupation particulière dans la Région. Une analyse précédente de l'OMS révèle qu'entre 60 % et 80 % de tous les décès dus à des traumatismes dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure de la Région surviennent avant d'atteindre l'hôpital, un résultat souvent appelé morts à l'arrivée¹. En Afghanistan, la proportion de ce type de décès a atteint 86 %. Bien qu'il y ait peu de données pertinentes collectées dans la Région sur les traumatismes (11), les enquêtes et les discussions de groupe organisées par l'OMS révèlent que les volontaires communautaires et les autres agents de première ligne manquent de formation et de fournitures pour les interventions vitales de base telles que le contrôle des hémorragies et la libération des voies aériennes. Au moins 27 % des décès pourraient être évités grâce à l'application de techniques simples et immédiates permettant de sauver des vies (9).

10. En outre, des données probantes montrent que les enfants – l'avenir de toute société – et les jeunes adultes – les groupes démographiques les plus productifs sur le plan économique – sont touchés de manière disproportionnée par les traumatismes. Des données de l'OMS révèlent notamment que dans la Région, les enfants de moins de 15 ans représentent 40 % des victimes de traumatismes civils, et meurent souvent prématurément ou acquièrent une invalidité de longue durée.² Les blessures traumatiques chez les enfants contribuent à des conséquences à plus long terme, notamment les incapacités, l'inactivité économique et les problèmes de santé physique et mentale chroniques.³

Systèmes de soins d'urgence

11. Les systèmes de soins d'urgence – systèmes dans lesquels les soins de traumatologie sont dispensés – peuvent être considérés comme un cadre circulaire qui relie et optimise plusieurs aspects du parcours de soins de traumatologie, depuis les protocoles de triage préhospitalier et les liens de transport prédéfinis jusqu'aux services de soins définitifs et de réadaptation, en passant par la réintégration dans la communauté, dans le but

¹ Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, données issues d'enquête non publiées, octobre 2022.

² OMS, données issues d'enquête non publiées, 2022.

³ OMS, données issues d'enquête non publiées, 2022.

global d'améliorer les résultats pour les patients souffrant de traumatismes. Dans un cadre idéal, il s'agit de réseaux planifiés, complets et coordonnés à l'échelle régionale ou nationale qui incluent tous les établissements et secteurs ayant la capacité de fournir des soins aux blessés intégrés au système de soins de santé publique (12, 13).

12. L'American College of Surgeons a précédemment classé les composantes clés d'un système de traumatologie idéal en cinq domaines : l'accès aux services de traumatologie, les soins préhospitaliers et le transport ; les soins hospitaliers aigus ; la réadaptation ; l'éducation à la prévention ; et les activités de recherche (13), avec d'autres organisations ne se limitant pas à ces domaines pour inclure également la planification médicale en cas de catastrophe et l'évaluation et l'amélioration des soins de traumatologie (12). Ces composantes clés restent cruciales en cas de dysfonctionnement des systèmes de santé, mais les stratégies pour leur mise en œuvre peuvent ne pas suivre la même trajectoire que celles des systèmes stables.

13. Une large partie de la mise en place des systèmes de soins d'urgence dans des contextes à revenu élevé a été favorisée par les enseignements tirés lors de conflits militaires, tels que ceux survenus en Afghanistan et en Iraq, où les interventions dont le caractère bénéfique a été démontré dans un contexte militaire ont été adaptées et intégrées dans le système de soins de santé civil (14).

14. Historiquement, on a observé une réticence à investir dans les systèmes de soins d'urgence en raison d'une série de facteurs, notamment la perception de coûts prohibitifs et la complexité des processus de soins, ainsi que les difficultés à démontrer des résultats clairs en matière de morbidité et de mortalité par rapport aux interventions visant des maladies particulières telles le paludisme ou le VIH. En outre, les interventions visant à améliorer les soins aux patients en traumatologie peuvent présenter des avantages significatifs en termes de mortalité, mais s'accompagnent d'un risque d'augmentation de la charge de morbidité chez les survivants ; les systèmes de santé fragiles peuvent avoir du mal à prendre en charge ce niveau de morbidité (15). Toutefois, comme la Commission du Lancet sur la chirurgie mondiale l'a démontré, les avantages de l'investissement dans les services chirurgicaux en termes de santé publique peuvent être comparables aux programmes verticaux traditionnels (16).

15. En outre, il a été constaté que les ressources de l'OMS, telles que la formation aux soins d'urgence de base combinée à des outils de processus simples, réduisent considérablement la mortalité et permettent de réaliser des économies substantielles pour de nombreuses affections dues à des situations d'urgence, y compris les traumatismes (17). De même, la nature multidimensionnelle des interventions médicales requises pour la prise en charge des traumatismes permettra d'obtenir des avantages partagés pour d'autres affections d'urgence non traumatiques.

16. Plus récemment, l'OMS a élaboré la notion de services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux telle qu'elle est décrite dans la résolution WHA76.2 (18), adoptée par la Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé en 2023. Cela inclut un continuum comprenant des soins communautaires, primaires et préhospitaliers, des soins hospitaliers aigus, la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs ainsi que les services de réadaptation.

17. L'approche des soins d'urgence, des soins critiques et des soins chirurgicaux s'inspire d'autres résolutions et décisions de l'Assemblée mondiale de la Santé qui mettent en lumière la prestation intégrée des services et le rôle central des services de ce type de soins dans la réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux traumatismes et à d'autres affections aiguës.

Défis liés à l'environnement opérationnel de la prestation de soins de traumatologie dans les contextes humanitaires de la Région

18. De multiples facteurs entravent la fourniture de soins de traumatologie efficaces – et de soins de santé en général – dans les situations de crise humanitaire (11). L'insécurité et les difficultés logistiques limitent l'accès des individus aux soins de santé, de même que la capacité des agents de santé locaux, des agences humanitaires et des équipes médicales d'urgence (EMU) nationales à atteindre ceux qui en ont besoin. Les

populations déplacées de force au sein de leur propre pays, ou à travers les frontières en tant que réfugiés, sont souvent coupées des services essentiels, notamment des soins de santé.

19. Dans toute la Région, il existe plusieurs États Membres dont certaines zones sont sous le contrôle d'entités autonomes, semi-autonomes ou rebelles. Dans des pays tels l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan et le Yémen, le gouvernement reconnu au plan international ne contrôle pas toutes les régions du pays. Cela pose des difficultés pour mettre en place une prestation de services de santé cohérente, y compris pour les soins de traumatologie, et peut entraîner la mise en place de systèmes de santé parallèles non alignés.

20. Les contraintes bureaucratiques appliquées par les responsables gouvernementaux aux niveaux national et infranational peuvent également limiter l'accès des agences humanitaires pour ceux qui en ont besoin. Le refus ou les retards dans la délivrance des visas, des permis de voyage, des lettres de facilitation, des permis d'atterrissage et des autorisations d'importation sont des problèmes fréquemment rencontrés dans les pays touchés par des conflits. Le retrait d'articles chirurgicaux et de ce qu'on appelle le matériel médical à double usage des envois d'aide a particulièrement affecté la prestation de soins de traumatologie. Les sanctions imposées aux États Membres de la Région par d'autres États ont également eu un impact sur la capacité à importer des équipements et des fournitures essentiels pour une prise en charge intégrale des traumatismes.

21. Le soutien des donateurs pour les soins de traumatologie est généralement limité, compte tenu de la réduction générale du financement humanitaire. Les soins de traumatologie sont souvent considérés comme coûteux et complexes, nécessitant des niveaux de soins plus sophistiqués que les soins primaires et les interventions de santé publique qui sont davantage privilégiés. Cela se reflète, par exemple, dans le projet d'intervention d'urgence sanitaire soutenu par la Banque mondiale en Afghanistan, qui couvre plus de 2000 établissements de santé mais n'aborde pas les soins de traumatologie (19). Les organismes de santé travaillant dans des contextes humanitaires doivent accorder une priorité croissante aux services, car les fonds des donateurs diminuent progressivement et les soins de traumatologie sont donc plus difficiles à maintenir. En 2023, seuls 43 % des plans d'intervention humanitaire ont été financés dans l'ensemble, soit le pourcentage le plus faible depuis sept ans (20).

Problèmes systémiques dans la prestation de soins de traumatologie dans les contextes humanitaires de la Région

22. La plupart des pays qui sont en situation de fragilité et de conflits ont des capacités peu développées en matière de soins d'urgence et de traumatologie. L'analyse de l'OMS a mis en évidence de graves faiblesses dans le continuum des soins de traumatologie dans les situations de crise humanitaire. En outre, il existe peu d'organisations internationales qui ont le mandat et les capacités de fournir des soins de traumatologie dans le contexte d'un conflit.

23. Comme mentionné ci-dessus, entre 60 % et 80 % de tous les décès liés à des traumatismes dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure de la Région surviennent avant l'arrivée à l'hôpital.¹ Dans de telles situations, les intervenants de première ligne proviennent d'une grande variété d'organisations ; une proportion importante des premiers secours étant prodiguée par des personnes non formées. Dans de nombreux contextes humanitaires de la Région, en particulier dans les pays touchés par un conflit prolongé tels l'Afghanistan et la Somalie, la plupart des patients présentant des traumatismes sont transférés à l'hôpital

par des secouristes non formés qui n'ont pas été formés. Outre le fait qu'elle constitue un obstacle à l'efficacité des soins préhospitaliers, cette situation peut entraîner des retards évitables pour parvenir au traitement définitif (21, 22).

24. Les premiers soins en traumatologie constituent un outil pédagogique important, mais ils doivent être contextualisés. Alors que la pratique militaire de l'utilisation des garrots a montré un important bénéfice en termes de mortalité pour les hémorragies potentiellement mortelles au sein des populations civiles (23, 24),

¹ Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, données issues d'enquête non publiées, octobre 2022.

les connaissances des personnes témoins de l'accident sont très variables. L'expérience pratique montre que le recours aux membres des communautés pour intervenir en cas de traumatisme peut contribuer à améliorer le fonctionnement du système de santé lors d'une crise aiguë et à renforcer la confiance dans le système lors de situations d'urgence prolongées ou futures.

25. De nombreuses communautés dans la Région, en particulier celles qui vivent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire de la tranche inférieure, ne sont couvertes par aucun système formel de soins préhospitaliers. Des études menées dans la Région ont mis en évidence des avantages en termes de mortalité lors de l'introduction de soins préhospitaliers à faible coût (25), tandis que les systèmes de santé disposant d'un système de traumatologie préhospitalier ont réduit de 25 % le risque de décès dû à un traumatisme (26). Des données probantes provenant du monde entier ont démontré que l'introduction d'un numéro d'urgence normalisé mémorisable améliore à la fois l'accès aux services d'urgence et la rapidité d'intervention en cas d'urgence (27, 28) ; toutefois, des défis subsistent quant à la mise en œuvre de ces numéros d'appel en lien avec le coût, les attentes de la société et le soutien au niveau du ministère de la Santé.

26. Les établissements de santé ayant subi des dommages et les systèmes de santé perturbés pendant les crises, y compris ceux qui sont interrompus du fait de la perte de personnels, réduisent la capacité du secteur de la santé à répondre aux besoins de santé, alors justement que ces besoins sont en augmentation. Dans de nombreux pays en situation de fragilité et de conflit, la fonctionnalité des hôpitaux et des dispensaires est souvent gravement amoindrie. Des études utilisant le système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé (HeRAMS) ont démontré que seuls 49 % des hôpitaux publics en République arabe syrienne et 55 % des établissements de santé au Yémen étaient pleinement fonctionnels (29, 30). Dans la bande de Gaza, au 20 avril 2024, aucun des 36 hôpitaux publics n'était pleinement fonctionnel et seulement 31 % étaient partiellement opérationnels, peinant à répondre aux besoins avec des taux d'occupation moyens des lits de 254 % (7). Au Soudan, au début de 2024, 70 % des hôpitaux situés dans des zones touchées par le conflit n'étaient pas fonctionnels selon les informations communiquées (31).

27. Les attaques contre les systèmes de santé sont l'un des aspects les plus inquiétants des conflits actuels et limitent davantage l'accès aux soins de santé et aux soins de traumatologie. En 2022 et 2023, l'OMS a documenté 1190 attaques perpétrées contre les soins de santé dans la Région, ayant entraîné 754 décès et 1200 blessés (32). La destruction du système de soins de santé entraîne un exode des personnels de santé, en particulier pendant les conflits prolongés, la Région comptant pour 20 % de la pénurie mondiale de personnels de santé (33).

28. En outre, les catastrophes naturelles peuvent avoir un impact dévastateur sur l'intégrité structurelle et le fonctionnement des établissements de santé, perturbant l'accès aux services de santé essentiels, y compris les soins de traumatologie. Les inondations au Pakistan en 2002 ont causé des détériorations sur 13 % de tous les établissements de santé du pays, et un cinquième des établissements touchés ont été totalement endommagés (34). En Libye, la tempête Daniel a endommagé 17 % des établissements de santé dans la zone touchée (35) en 2023 ; suite au tremblement de terre qui a frappé l'Afghanistan durant la même année, 86 établissements de santé ont été endommagés et six ont été totalement détruits (36) .

29. Comme cela a été mentionné, la migration des travailleurs qualifiés est un défi permanent dans les situations de crise humanitaire et de fragilité, bien qu'il y ait incontestablement un manque de données provenant des zones de conflit (37). Les agents de santé peuvent partir en raison de facteurs de rejet, tels que des attaques directes ou l'incapacité à remplir leurs rôles dans le milieu où ils évoluent, ou de facteurs d'incitation, tels que la promesse d'une meilleure stabilité et sécurité financière pour leur famille. La prise en charge clinique des traumatismes nécessite une approche multidisciplinaire, avec des spécialités comprenant des paramédicaux, des infirmières, des médecins urgentistes, des chirurgiens, des anesthésistes, des intensivistes et des spécialistes de la réadaptation. Le déploiement d'équipes médicales d'urgence internationales a permis de fournir des moyens supplémentaires dans plusieurs pays grâce à un modèle bien établi, mais l'amélioration durable des soins de traumatologie nécessite la formation et la fidélisation d'un personnel national qualifié.

30. Dans différents pays, divers groupes d'agents de première ligne prodiguent des soins de traumatologie. Cependant, il y a souvent un manque de formation et d'enseignement spécialisés pour la prise en charge des traumatismes, en particulier pour les agents préhospitaliers. L'amélioration de la dotation en personnel bien formé dans tous les aspects des soins de traumatologie, en particulier en milieu préhospitalier, augmentera les chances de survie des patients jusqu'à leur arrivée à l'hôpital pour recevoir des soins définitifs.

31. Les normes de soins de santé sont souvent conçues pour être appliquées dans les pays industrialisés – ces normes peuvent ne pas être applicables dans les situations de fragilité ou de conflit, dans lesquelles les personnes ont le plus besoin de soins de traumatologie sûrs, rapides et efficaces. La formation doit donc être conçue pour être adaptée et contextualisée en fonction du milieu, sans compromettre les aspirations en matière de norme de soins. Elle doit inclure la prise en charge appropriée des blessures courantes observées dans les conflits telles que les blessures par balle, les blessures pénétrantes, les blessures par explosion, les blessures par écrasement et les brûlures et les principes de la chirurgie de contrôle des lésions.

32. Les données probantes actuelles montrent l'importance d'une réadaptation précoce en cas de lésions traumatiques pour améliorer les résultats fonctionnels (38, 39). Cependant, 182 millions de personnes dans la Région n'ont pas accès aux services de réadaptation dont elles ont besoin, et ces lacunes sont particulièrement importantes dans les situations de fragilité et de conflit (40). À mesure que la survie des blessés s'améliore, la nécessité de services de réadaptation complets pour leur permettre de retrouver une productivité fonctionnelle et économique continuera d'augmenter (41).

33. L'un des défis majeurs est celui du personnel de réadaptation, qui est confronté à des défis même dans les pays à revenu élevé qui disposent de systèmes de traumatologie bien établis. Souvent, les services de réadaptation existants sont fournis par divers acteurs, y compris le secteur du bénévolat, sans définition stricte du personnel de réadaptation, qui peut inclure des médecins, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des orthophonistes (42). Les pénuries de personnel sont courantes ; la Région compte moins de 30 physiothérapeutes pour un million d'habitants et moins d'un médecin spécialisé en réadaptation pour un million d'habitants (41).

34. En raison du nombre et de la densité des patients qui se présentent, les événements faisant un grand nombre de victimes, tels que ceux causés par les conflits, les attaques terroristes et les catastrophes naturelles, peuvent dépasser la capacité d'un système de santé à fournir des soins. En 2022, plus de 400 incidents faisant un grand nombre de victimes ont été documentés dans la Région, et le nombre réel serait deux fois supérieur à ce chiffre selon les estimations (9). Les hôpitaux sont rarement préparés à recevoir un grand nombre de victimes et peuvent rapidement être submergés. Cette situation a des répercussions sur ceux qui consultent pour des soins d'urgence liés à l'événement immédiat, mais aussi sur ceux qui sont confrontés simultanément à des urgences sanitaires ou à des affections de longue durée.

35. Il se peut que les hôpitaux ne disposent pas de plans de préparation aux événements faisant un grand nombre de victimes, ou que les plans existants ne soient pas intégrés à l'ensemble du système de santé ou mis en œuvre dans le cadre d'une formation systématique. Une approche standardisée de la prise en charge d'un grand nombre de victimes au niveau des services d'urgence nécessite un soutien ministériel et des entraînements pratiques devraient faire partie de la préparation systématique dans les hôpitaux de la Région. Des kits préparés à l'avance pour faciliter l'activation de plans de prise en charge des victimes en grand nombre sont essentiels à la préparation des unités d'urgence. Ils comprennent des équipements non cliniques tels que des gilets haute visibilité, des dossiers de patients, des formulaires de suivi et des appareils de radiocommunication.

36. La collecte de données précises est essentielle pour favoriser une amélioration continue des résultats des patients et pour soutenir les changements de politique fondés sur des données probantes. Le manque de données précises constitue un défi majeur pour la mise en place de systèmes de soins d'urgence et de traumatologie, en particulier dans les situations de fragilité et de conflits. Les raisons en sont multifactorielles, mais comprennent les charges financières et administratives, ainsi que l'insuffisance des ressources

humaines (43). En effet, même les pays disposant de systèmes solides pour collecter et analyser des données peuvent encore être confrontés aux effets des crises humanitaires, la collecte de données pouvant alors devenir secondaire par rapport à d'autres demandes du système de soins de santé.

37. Le fait que les personnes qui ont le plus besoin de services de soins de traumatologie sont souvent les moins en mesure d'y accéder constitue un paradoxe. Seul un très petit nombre d'organismes humanitaires ont développé la capacité de fournir des soins de traumatologie dans les situations de conflit pour soutenir un système de santé national et local souvent submergé. La plupart des organisations humanitaires de santé n'ont pas donné la priorité à la prise en charge des traumatismes en cas de conflit à cause de problèmes liés à leur mandat, de préoccupations en matière de sécurité et de manque de capacités et de ressources ; lorsque des organisations non spécialisées collaborent, c'est trop souvent sous une forme non coordonnée et incompatible avec les normes internationales. Mais le fardeau croissant que les traumatismes représentent dans les urgences humanitaires d'aujourd'hui ne peut plus être ignoré. En effet, dans plusieurs opérations humanitaires majeures menées récemment, l'OMS est intervenue pour diriger et coordonner la riposte face aux traumatismes.

Relever les défis liés aux soins de traumatologie dans la Région

38. L'OMS joue un rôle de chef de file dans le domaine des soins de traumatologie (44). Les efforts qu'elle mène pour améliorer les soins de traumatologie dans la Région ont été à la fois compliqués et favorisés par l'expérience des conflits militaires qui s'y sont produits. Dans une première riposte civile de ce type en matière de traumatismes, une approche multiorganisationnelle coordonnée par l'OMS à Mossoul (Iraq) en 2017 a démontré que la coordination et la prestation de soins de traumatologie de première ligne aux civils pendant le conflit permettait d'améliorer les résultats, 1500 à 1800 vies ayant pu ainsi être sauvées par le parcours de soins de traumatologie, selon les informations disponibles (45). De même, dans la bande de Gaza en 2018, la riposte de l'OMS s'est appuyée sur les infrastructures et le personnel existants pour renforcer le parcours de soins de traumatologie. On estime que la riposte a permis de sauver entre 435 et 1227 vies sur une période d'un an et a contribué de manière durable au système de santé local (46).

39. S'appuyant sur les enseignements tirés de cette expérience, l'Initiative régionale de prise en charge des traumatismes a été fondée dans la Région en 2020 pour aider directement les pays à réduire la mortalité et les incapacités causées par des traumatismes dans les contextes humanitaires, en combinant des conseils techniques et opérationnels parallèlement à la recherche et au renforcement des capacités. Dès le début de 2024, l'Initiative a soutenu la riposte face à plus de 200 incidents faisant un grand nombre de victimes dans cinq zones touchées par un conflit, avec un nombre de patients blessés estimé à 800 000.

40. En tant que nouvelle approche du travail dans les situations d'urgence humanitaire, cette initiative repose sur une petite équipe opérationnelle et consultative spécialisée dans les soins de traumatologie. L'équipe mobile comprend des experts travaillant dans l'ensemble des pays de la Région et a fait partie intégrante de la fourniture d'un soutien opérationnel aux bureaux de pays de l'OMS. Elle assure l'enseignement et la formation, en tant que soutien au renforcement des capacités et à l'orientation technique, ainsi qu'un appui au plan pratique. L'équipe a collaboré avec des organisations non gouvernementales, des partenaires universitaires et d'autres établissements de la Région pour mettre en place un apprentissage partagé, diffuser les résultats et éclairer les politiques relatives aux soins de traumatologie et aux soins d'urgence.

41. Lancée en 2013, l'initiative des EMU a pour but de renforcer les systèmes de santé en cas d'urgence ou de catastrophe en déployant des équipes pluridisciplinaires hautement qualifiées dans les zones qui en ont besoin (47). Traditionnellement axées sur la prise en charge des lésions traumatiques et chirurgicales dans un contexte de catastrophes naturelles, les équipes médicales d'urgence ont plus récemment soutenu la riposte aux conflits et aux épidémies de maladies transmissibles telles que la maladie à virus Ebola, le choléra et la maladie à coronavirus (COVID-19). Dans la Région, les EMU internationales ont apporté leur soutien en réponse à la pandémie de COVID-19, à l'explosion du port de Beyrouth au Liban, aux tremblements de terre au Maroc et en République arabe syrienne, aux inondations en Libye, à un double attentat à la voiture piégée en Somalie et au conflit en Israël et en Palestine. Bien que les équipes médicales d'urgence soient de plus en

plus déployées pendant les phases aiguës des conflits, elles ne restent généralement pas actives dans les situations prolongées. Le Livre rouge des EMU fournit des orientations pour le travail dans des zones de conflit et d'autres environnements non sécurisés (48).

42. Les EMU nationales et internationales soutiennent l'action d'urgence aux niveaux infranational, national et international et constituent une composante clé pour le renforcement des capacités et la préparation aux situations d'urgence (49). L'OMS agit en tant que coordonnateur en fonction de la demande des pays touchés pour soutenir la mobilisation des équipes durant la riposte aux situations d'urgence, aux niveaux national et international. Parallèlement à son rôle de coordination, l'OMS assure un suivi centralisé et régleme les normes pour les EMU, de sorte que celles qui sont déployées répondent aux normes minimales de soins requises.

43. Compte tenu de la nature et de la fréquence des incidents faisant un grand nombre de victimes dans la Région, une préparation solide au niveau des hôpitaux est essentielle pour améliorer la survie face à ces événements dévastateurs. De nombreux États Membres sont prêts, de manière quasi-constante, à faire face à de tels incidents et peuvent connaître plusieurs événements qui se succèdent à brève échéance. À cette fin, il y a eu un travail considérable pour dispenser le cours de formation de l'OMS sur la prise en charge de victimes en grand nombre dans toute la Région, en mettant l'accent sur les pays prioritaires en proie à un conflit actif. Un modèle de formateurs experts proposant des cours suivis d'une formation de formateurs permet une approche durable grâce à la mise en place de formations en cascade dans les pays permettant d'avoir un bon rapport coût/efficacité. Du personnel dans plus de 200 hôpitaux ont été formés, dont plusieurs œuvrent à l'application complète de cette formation au niveau national, notamment en République islamique d'Iran et au Liban. On estime que cette formation a soutenu les interventions face à plus de 400 incidents qui ont fait un grand nombre de victimes dans toute la Région. Cette formation peut être complétée par la nouvelle approche modulaire des EMU pour soutenir l'expansion des structures et des services en utilisant une approche à plusieurs volets.

Un cadre opérationnel pour les soins de traumatologie dans les situations d'urgence humanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale

44. L'OMS a mis au point une approche spécifique des soins de traumatologie dans les situations de crise humanitaire et de fragilité dans toute la Région, en mettant l'accent sur un investissement durable dans l'ensemble du système de soins d'urgence, de soins critiques et de soins de traumatologie, depuis le lieu de la blessure jusqu'à la réadaptation. Étant donné les défis opérationnels rencontrés dans des situations de crise humanitaire et de fragilité, en particulier dans la Région, l'approche est fondée sur le processus, plutôt que sur des solutions spécifiques, reconnaissant que les objectifs et les cibles peuvent varier dans différents contextes de ressources. Le concept de lignes directrices stratifiées en fonction des ressources a été utilisé dans d'autres contextes, tels que celui des lésions cérébrales traumatiques (50) et des soins d'urgence, des soins critiques et des soins chirurgicaux (18, 51). La stratification des ressources vise à maintenir les objectifs ambitieux de réduction des lacunes dans la prestation de soins de traumatologie aux personnes qui en ont le plus besoin, tout en étant pragmatique dans la conception de systèmes qui tiennent compte des contraintes de ressources et du contexte opérationnel fréquemment rencontrés dans les contextes humanitaires.

45. Les interventions de traumatologie doivent suivre le principe SWIFT (en anglais Safe, Workable, Intuitive, Fair and Timely), à savoir qu'elles doivent être sûres, viables, intuitives, équitables et opportunes :

- Sûres – les interventions doivent être fondées sur des bases factuelles et réduire autant que possible le risque de morbidité et de mortalité
- Viables – les interventions doivent être adaptées au contexte et être facilement disponibles
- Intuitives – les interventions doivent avoir un sens logique pour ceux qui les réalisent
- Équitables – les interventions ne devraient pas ancrer les préjugés existants ou en créer de nouveaux
- Opportunes – toutes les interventions doivent être axées sur les soins urgents

46. Cela permet de mettre l'accent sur les processus à améliorer et de tenir compte des variations dans les contextes locaux, nationaux et régionaux ainsi que des niveaux de capacités cliniques et de supervision. Il

convient d'examiner les objectifs finaux plutôt que de faire des propositions figées sur la base de données factuelles obtenues de pays à revenu élevé stables, qui peuvent ne pas être réalisables ou appropriées dans des situations de crise humanitaire. Le cadre repose sur un examen approfondi de la littérature et des principaux enseignements tirés de l'initiative régionale de prise en charge des traumatismes.

47. À l'aide de l'exemple du transport de patients à l'hôpital, une approche contextualisée et stratifiée en fonction des ressources devrait être axée sur les processus nécessaires pour atteindre l'objectif du transfert sûr et rapide des patients blessés à l'hôpital. Dans certains contextes, il peut s'agir d'un numéro d'urgence coordonné au niveau national et d'un service de répartition des ambulances formé à cet effet. Dans d'autres contextes, cela peut impliquer des agents de santé, des responsables ou des membres de la communauté au niveau local qui transportent le patient vers l'hôpital en utilisant les moyens disponibles sur place, par exemple une ambulance, un véhicule privé ou une charrette à cheval. Les interventions peuvent inclure la formation du grand public ou de la police, des pompiers et d'autres travailleurs des services d'urgence aux premiers secours en cas de traumatisme et au transfert en toute sécurité des patients, ou la diffusion de messages de santé publique pour renforcer l'utilisation du bon numéro d'urgence. Plutôt que de se concentrer sur les personnes qui assurent le transport, l'objectif devrait être d'améliorer le délai de prestation des soins définitifs et, par conséquent, de réduire les décès préhospitaliers évitables dus aux retards dans l'accès aux soins.

48. Bien qu'une approche mondiale du renforcement des services dans tous les domaines soit idéale pour le développement des systèmes au jour le jour, elle est extrêmement difficile dans les zones touchées par des crises aiguës ou prolongées. La priorité a été donnée aux activités axées sur les mesures d'urgence qui permettent de sauver des vies et de préserver les membres des patients blessés. Pour y parvenir efficacement et maintenir d'autres services essentiels qui permettent de sauver des vies, la prestation de services de traumatologie ne doit pas être dissociée de la prestation de soins médicaux, chirurgicaux ou obstétricaux d'urgence pour les patients non traumatologiques. Les objectifs stratégiques s'articulent autour de ces principes fondamentaux fondés sur des données probantes pour les soins de traumatologie :

- La détection précoce des traumatismes et des complications potentiellement mortels, y compris le triage ;
- Des systèmes d'orientation-recours solides et rapides pour accéder à des niveaux de soins plus élevés et à des services plus avancés ;
- La capacité de réaliser des interventions appropriées de réanimation et de stabilisation chirurgicale grâce à la disponibilité d'un personnel clinique qualifié disposant d'un équipement et d'un environnement de travail adéquats ;
- La capacité à prendre en charge des pathologies résultant de traumatismes spécifiques liés à des conflits et des urgences quotidiennes, tels que les accidents de circulation routière ; et
- La prise en compte de la morbidité et de la mortalité et des besoins de soins spécifiques associés à des populations particulières, tels que les enfants, les personnes âgées, les victimes de violence sexuelle et fondée sur le genre et les femmes enceintes.

Objectifs stratégiques du cadre

49. Le cadre comporte neuf objectifs stratégiques, comme décrit ci-dessous. Le Tableau 1 présente un certain nombre d'objectifs spécifiques ainsi qu'une liste d'actions ou d'activités suggérées qui peuvent être adoptées pour les atteindre.

50. Le premier objectif stratégique est de renforcer la réponse communautaire face aux traumatismes. Il faut donner aux communautés les moyens d'agir et les encourager à réagir efficacement dans les situations d'urgence et à réduire les décès évitables dus aux hémorragies avant leur transport à l'hôpital, grâce à des techniques simples telles que la compression directe ou l'utilisation de garrots. Les campagnes d'éducation peuvent être menées par le biais de diverses plateformes médiatiques, de programmes de mobilisation communautaire et de partenariats pour renforcer les connaissances et les compétences du public. Cela devrait

comprendre des messages d'éducation pour la santé publique et de prévention spécifiques au contexte local, tels que l'éducation des enfants aux dangers des munitions non explosées, comme cela a été fait en Afghanistan.

51. Le deuxième objectif stratégique consiste à renforcer les capacités au niveau des soins de santé primaires pour la prise en charge des traumatismes. Les prestataires de soins primaires sont souvent le premier point de contact des patients blessés dans le système de santé officiel. Ils devraient être formés à l'identification précoce, au triage, à la réanimation et à l'orientation-recours rapide des patients gravement blessés. Les traumatismes et les blessures simples devraient être pris en charge au niveau des soins primaires ; pour les traumatismes plus graves, le soin des plaies vise à réduire au minimum les risques de complications, telles que les douleurs sévères, les infections et les incapacités, avant le transport rapide.

52. Le troisième objectif stratégique est d'améliorer la rapidité et la qualité des soins pendant le transport des patients. Des systèmes de transport devraient être institués pour assurer l'orientation-recours rapide et efficace des patients vers les soins initiaux et les soins spécialisés. Les transports d'urgence peuvent être élémentaires, sans surveillance des patients ni personnel formé, ou peuvent être modernes et inclure la fourniture d'une assistance sophistiquée, la surveillance des signes vitaux et des agents paramédicaux et préhospitaliers ayant bénéficié d'une formation de qualité. Des dispositions spécifiques aux communautés peuvent être nécessaires, en particulier pour les communautés éloignées et rurales. Les systèmes d'ambulance devraient être développés et renforcés au fil du temps afin d'intégrer des protocoles, des formations, du matériel, de la documentation et des circuits d'orientation-recours standardisés. Dans la mesure du possible, il convient d'établir des numéros d'urgence ou des numéros verts normalisés permettant un accès rapide aux services d'urgence. Idéalement, il devrait y avoir un numéro d'urgence national ou infranational unique et normalisé, avec une expédition centralisée. Cependant, il convient de donner la priorité à un mécanisme permettant aux civils gravement blessés ou malades d'accéder rapidement aux services d'urgence, quelle que soit la forme sous laquelle ils sont dispensés.

53. Le quatrième objectif stratégique est de renforcer les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux grâce aux mesures suivantes : a) l'amélioration de l'éducation et de la formation à la prise en charge des traumatismes ; et b) l'élaboration, l'institutionnalisation et la mise à jour périodique de protocoles et de plans complets de prise en charge d'un grand nombre de victimes dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé. Il s'agit de mettre au point et d'harmoniser des programmes d'études, des cours et des normes accrédités aux niveaux national et régional, afin de donner les moyens à une main-d'œuvre qualifiée pour des soins médicaux de traumatologie de haute qualité tout au long du parcours de soins de traumatologie. Plusieurs ressources de l'OMS peuvent être utilisées à cette fin (voir le Tableau 1). Les pays où la proportion des décès avant hospitalisation est élevée devraient reconnaître la nécessité de former et de renforcer les compétences du personnel préhospitalier, des personnels paramédicaux, des agents de santé et des intervenants de première ligne bénévoles. Au niveau de l'hôpital, il convient de mettre en place des équipes multidisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des traumatismes, ayant les compétences nécessaires pour prendre en charge les traumatismes complexes dus aux conflits – comme les blessures par pénétration, les blessures par balle et les brûlures – ainsi que les catastrophes naturelles, telles que les traumatismes par écrasement. En s'appuyant sur les outils de l'OMS et le modèle mis au point par l'équipe opérationnelle et consultative chargée des traumatismes pour former et diffuser la formation dans tous les pays, des protocoles solides de prise en charge d'un grand nombre de victimes et des plans de préparation peuvent être rapidement appliqués à plus grande échelle et contribuer à des systèmes de santé plus résilients. Outre la formation et l'élaboration de plans hospitaliers pour les incidents faisant un grand nombre de victimes, des simulations et des exercices doivent être régulièrement entrepris afin de planifier les tests de résistance et de renforcer la confiance dans la gestion par l'équipe des incidents de grande ampleur. Les cours de formation de formateurs permettront de renforcer les capacités locales de dispensation de la formation avec le soutien de l'OMS dans les premières phases de la diffusion.

54. Le cinquième objectif stratégique consiste à mettre au point des protocoles et des systèmes pour l'intégration précoce des services de réadaptation dans la prise en charge des traumatismes. L'élaboration de protocoles standardisés et la formation des prestataires de soins de santé aux techniques de réadaptation

précoces contribueront à réduire la morbidité à plus long terme. Dans les milieux pauvres en ressources, cela supposera probablement de renforcer les compétences du personnel ou des bénévoles existants, afin de s'assurer que la réadaptation précoce fasse partie des soins de traumatologie aigus. Toutefois, des efforts à plus long terme devraient également être déployés pour former un groupe de spécialistes de la réadaptation, tels que des prothésistes, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes, et pour veiller à ce que les équipements et les installations nécessaires soient disponibles. Les EMU jouent un rôle de plus en plus important dans la fourniture de services de réadaptation et peuvent également apporter une contribution à ces services pendant leurs déploiements.

55. Le sixième objectif stratégique consiste à élaborer des protocoles et des systèmes de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs tout au long du parcours de soins de traumatologie. La prise en charge de la douleur et les soins palliatifs efficaces posent des défis considérables dans les situations de crise humanitaire et de ressources limitées. Tout au long du parcours de soins de traumatologie, les agents de santé devraient être formés aux techniques de base de prise en charge des fractures, des plaies et des brûlures pour protéger les blessures, réduire la douleur et prévenir les infections. L'accès à un traitement antalgique adéquat est souvent limité, en particulier pour les médicaments placés sous contrôle. Les chaînes d'approvisionnement devraient donc être renforcées afin que les analgésiques soient systématiquement disponibles au niveau de soins approprié, sur la base des listes nationales de médicaments essentiels. Les agents de santé doivent également être formés aux soins palliatifs, y compris pour les patients dont les blessures ne permettent pas la survie ; outre le soulagement de la douleur, ces soins incluent des soins physiques, psychologiques et spirituels qui optimisent le confort et la dignité, tout en soutenant les membres de la famille.

56. Le septième objectif stratégique est de développer et de renforcer les capacités nationales d'intervention rapide et de montée en puissance, y compris les EMU. Le développement et le renforcement des équipes locales d'intervention rapide et des équipes médicales d'urgence nationales permettront de mettre en place un système de renforts dédié pour fournir des soins d'urgence immédiats et de qualité pendant les catastrophes et les conflits. L'application de la méthodologie des EMU vise à garantir que les équipes déployées sont bien formées, bien équipées et travaillent conformément aux normes nationales ou internationales. Cela contribuera également à améliorer la continuité des soins par l'intégration et la coordination des EMU dans le système national de gestion des urgences sanitaires. À mesure que les capacités nationales s'améliorent, les EMU peuvent potentiellement accéder à la classification de l'OMS qui pourrait permettre leur déploiement international pour soutenir les opérations d'urgence dans d'autres pays. Lorsque des groupes sectoriels pour la santé dans l'action humanitaire sont actifs, ils peuvent également faire appel à leurs partenaires pour soutenir les services tout au long du parcours de soins de traumatologie.

57. Le huitième objectif stratégique consiste à renforcer les systèmes d'information pour les soins d'urgence et de traumatologie. Des efforts dédiés sont nécessaires pour la collecte, l'analyse et le partage des données sur les soins d'urgence et de traumatologie afin d'améliorer les résultats pour les patients, de soutenir l'élaboration de politiques fondées sur des données probantes et de promouvoir l'amélioration continue des services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux dans toute la Région. La collecte de données dans des contextes complexes peut ne pas être immédiatement résolue par la technologie si une infrastructure de base telle que l'accès au réseau électrique ou à la connexion Internet n'est pas disponible. Les améliorations doivent se concentrer sur l'application de solutions pratiques telles que des ensembles de données minimaux, des proformas normalisés et la saisie de données hors ligne.

58. Le neuvième objectif stratégique est de mettre en place un programme d'amélioration de la qualité des soins de traumatologie. Un tel système comprendra la fixation de normes nationales, le suivi des résultats et la promotion des meilleures pratiques. La promotion de la qualité est souvent difficile dans le contexte humanitaire, mais le programme peut être développé en permanence au fil du temps, en s'appuyant sur chaque étape du parcours de soins de traumatologie, allant des soins communautaires aux services de réadaptation. Un accent particulier sera mis sur la qualité des soins dans les établissements de santé, y compris les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux.

Tableau 1. Soins de traumatologie en situation de crise humanitaire : objectifs stratégiques et actions proposées

Objectifs stratégiques	Actions ou activités suggérées
<p>1 Communauté</p> <p>1.1 Renforcer la sensibilisation du public et ses capacités en matière d'interventions appropriées de premiers secours.</p> <p>1.2 Améliorer l'activation du système préhospitalier local et l'accès à celui-ci.</p> <p>1.3 Renforcer la détection précoce, les premiers secours et l'orientation rapide des patients blessés grâce à la mobilisation et à l'organisation communautaires.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Concevoir et diffuser, à l'intention de la communauté, des messages simples et multimédias sur les premiers secours, notamment sur la prévention des traumatismes, les premiers secours de base et la sensibilisation aux circuits d'orientation-recours, en veillant à ce qu'ils soient culturellement et linguistiquement adaptés – <i>la priorité étant donnée aux communautés qui connaissent une forte charge de traumatismes.</i> • Soutenir la formation de base aux premiers secours pour les intervenants communautaires de première ligne, en lien avec le système d'urgence et en collaboration avec des partenaires, comme par exemple le ministère de la Santé, le Croissant-Rouge ou la Croix-Rouge et des organisations non gouvernementales. • Aider les communautés à mettre en place un mécanisme d'orientation-recours et de transport là où il n'existe actuellement aucun système formel de soins préhospitaliers ou numéro d'accès d'urgence (voir le troisième objectif stratégique sur les soins pendant le transport ci-dessous).
<p>2 Soins primaires</p> <p>2.1 Améliorer la détection précoce, la réanimation et l'orientation rapide des patients blessés à partir des premiers lieux de contact.</p> <p>2.2 Faciliter la prise en charge des traumatismes ou blessures simples au niveau communautaire, le cas échéant.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inclure la formation de base aux soins d'urgence dans la formation des prestataires de soins primaires, en mettant l'accent sur l'identification précoce et la réanimation des patients gravement blessés. • Définir clairement les voies d'orientation et de réorientation entre les soins de santé primaires et les hôpitaux. • Inclure la prise en charge des blessures simples et des traumatismes mineurs dans les matériels de formation aux soins primaires.
<p>3 Soins pendant le transport</p> <p>3.1 Développer, renforcer et intégrer des systèmes de soins d'urgence préhospitaliers dirigés par le ministère de la Santé.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un numéro d'accès d'urgence universel et un système de répartition pour un accès rapide aux services d'urgence. • Introduire une documentation standardisée sur l'orientation-recours, des listes d'équipements et des protocoles de service ambulancier pour les soins de base et les soins avancés. • Mettre l'accent sur la détection précoce et la réanimation des patients gravement blessés dans le cadre de la formation des prestataires ambulanciers. • Définir des parcours d'orientation clairs aux niveaux local, national et international, le cas échéant.
<p>4 Soins d'urgence, soins critiques et soins chirurgicaux</p> <p>4.1 Consolider les services de soins d'urgence, de soins critiques et des soins chirurgicaux destinés aux patients qui subissent des traumatismes individuels et multiples grâce à des parcours de soins intégrés, à des protocoles et à des lignes directrices fondées sur des données probantes.</p> <p>4.2 Renforcer la chaîne d'approvisionnement pour soutenir les services de soins d'urgence, de soins critiques et des soins chirurgicaux ainsi que de traumatologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Améliorer l'accès à l'éducation et à la formation afin de donner les moyens à une main-d'œuvre qualifiée pour des soins d'urgence, critiques et chirurgicaux de grande qualité tout au long du parcours de soins de traumatologie. • Utiliser et appliquer en cascade les outils existants et fournir un appui à l'élaboration de nouveaux matériels selon les besoins, tels que le WHO Emergency Care Toolkit [boîte à outils de l'OMS pour les soins d'urgence], y compris la WHO Trauma Care Checklist [liste de contrôle de l'OMS relative aux soins de traumatologie], les matériels pédagogiques de l'OMS sur la prise en charge d'un grand nombre de victimes, le cours OMS-CICR sur les soins d'urgence de base et les modules sur les traumatismes liés à un conflit, les modules de formation aux compétences chirurgicales spécifiques, les modules de compétences avancées en traumatologie et le cours OMS sur les soins intensifs de base. • Renforcer les capacités pour les modules essentiels de soins chirurgicaux et de traumatologie, y compris de compétences procédurales spécifiques. • Améliorer la gestion de la chaîne d'approvisionnement pour garantir la disponibilité de médicaments, fournitures et équipements appropriés à chaque étape du parcours de soins de traumatologie. • Mettre en place des communautés de bonnes pratiques pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux aux niveaux national et régional.
<p>5 Réadaptation</p> <p>5.1 Intégrer les services de réadaptation au parcours de soins de traumatologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer des protocoles pour l'intégration de services de réadaptation précoce dans les soins de traumatologie standard. • Soutenir des parcours de reconnaissance des compétences et de formation pour les spécialistes en réadaptation et les équipes pluridisciplinaires.
<p>6 Prise en charge de la douleur et soins palliatifs</p> <p>6.1 Fournir un accès à une prise en charge de la douleur et à des services de soins palliatifs adéquats pour tous les patients qui en ont besoin, à chaque étape du parcours de soins de traumatologie.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer, au besoin, et diffuser des protocoles de soins palliatifs prévoyant notamment le soulagement de la douleur et d'autres symptômes éprouvants. • Renforcer les chaînes d'approvisionnement afin de garantir la disponibilité des antalgiques au niveau de soins approprié, sur la base des listes nationales de médicaments essentiels. • Plaider en faveur de la disponibilité de médicaments pour les soins palliatifs.

Objectifs stratégiques	Actions ou activités suggérées
<p>7 Intervention rapide et capacité de montée en puissance</p> <p>7.1 Soutenir la mise en place d'interventions rapides et de capacités de montée en puissance dans les pays en collaboration avec l'initiative OMS des EMU.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Élaborer, institutionnaliser et mettre à jour périodiquement des protocoles et des plans complets de prise en charge d'un grand nombre de victimes dans les hôpitaux et autres établissements de soins de santé. • Mettre en place, développer et renforcer les EMU nationales et les capacités nationales de montée en puissance, en collaboration avec l'initiative OMS des EMU. • Créer des équipes d'intervention rapides, capables de fournir des capacités de montée en puissance pour les soins de traumatologie au niveau infranational. • Intégrer les principes des soins de traumatologie, y compris la prise en charge d'un grand nombre de victimes, dans la préparation aux situations d'urgence au niveau national.
<p>8 Systèmes d'information</p> <p>8.1 Élaborer des systèmes solides de collecte et d'analyse des données.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner et normaliser les pratiques de collecte, d'analyse, de suivi et d'évaluation des données aux niveaux local et national, y compris au moyen de registres des traumatismes dans la mesure du possible. • Optimiser l'utilisation des technologies de l'information appropriées pour améliorer la qualité des données, leur analyse et le partage des informations.
<p>9 Amélioration de la qualité</p> <p>9.1 Mettre en place des programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge traumatologique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place, développer et renforcer les programmes d'amélioration de la qualité de la prise en charge en traumatologie dans les établissements de santé, y compris pour les soins d'urgence, les soins critiques et les soins chirurgicaux. • Fournir des occasions de partager les meilleures pratiques en matière de mise en place et de mise en œuvre de systèmes de soins traumatologiques dans toute la Région, au moyen de plateformes en ligne, en face à face et par écrit. • Soutenir la recherche régionale en traumatologie dans un contexte humanitaire.

Orientations futures

59. Compte tenu de la lourde charge de traumatismes, qui est en augmentation, dans les contextes humanitaires dans l'ensemble de la Région, une approche dédiée de la prévention de la mortalité et des incapacités dues aux traumatismes dans ces environnements complexes est requise. Les contraintes opérationnelles et la faiblesse des systèmes de santé limitent souvent les capacités de fournir des soins de traumatologie efficaces dans les contextes de conflit et de catastrophes naturelles ; néanmoins, l'OMS a montré que, lorsque l'accès à ceux qui en ont besoin est possible et que les ressources sont suffisantes, des systèmes de soins de traumatologie efficaces peuvent être mis en place et adaptés au contexte, entraînant une amélioration des résultats.

60. Les États Membres – notamment ceux qui ripostent à des situations d'urgence humanitaires ou sont exposés à un risque à cet égard – sont donc invités instamment à renforcer et à adapter les capacités tout au long du parcours de soins traumatiques aux niveaux préhospitalier, hospitalier et posthospitalier ; ces capacités devraient être intégrées dans le cadre des services plus larges des soins d'urgence, des soins critiques et des soins chirurgicaux. Les informations détaillées concernant les actions et les prestations prioritaires sont présentées dans le Tableau 1, mais elles incluent :

- une intervention communautaire renforcée en matière de traumatologie, y compris grâce à la diffusion de messages au public, des campagnes éducatives et une formation aux premiers secours ;
- des capacités élargies au niveau des soins primaires pour la prise en charge initiale des traumatismes et l'orientation-recours rapide ;
- des services de soins préhospitaliers fonctionnels pour la stabilisation et le transport rapides des patients traumatisés et d'autres patients en situation d'urgence, y compris un numéro d'accès d'urgence universel et une répartition des patients dans la mesure du possible ;
- des services de soins d'urgence, de soins critiques et de soins chirurgicaux renforcés ;
- des services de réadaptation qui sont intégrés dans la prise en charge précoce des patients traumatisés ;
- des protocoles et systèmes en place pour un accès adéquat à la prise en charge de la douleur et aux services de soins palliatifs tout au long du parcours de soins de traumatologie ;

- le renforcement et l'élargissement des interventions rapides et des capacités de montée en puissance, y compris les EMU nationales ;
- des systèmes d'information renforcés pour les soins d'urgence et de traumatologie ; et
- une amélioration de la qualité des soins à chaque phase du parcours de soins de traumatologie, y compris les phases préhospitalière, hospitalière et post-hospitalière.

61. L'OMS est invitée à soutenir les États Membres à cet égard et :

- fournira un appui technique et opérationnel pour les soins de traumatologie dans les contextes humanitaires dans toutes les phases du parcours de soins traumatiques ;
- renforcera les partenariats opérationnels et universitaires dans toute la Région de la Méditerranée orientale afin d'aborder plus efficacement les soins de traumatologie ;
- soutiendra les États Membres dans la réalisation de travaux de recherche opérationnelle et interventionnelle sur les soins de traumatologie dans les contextes humanitaires ; et
- utilisera les données sur les soins de traumatologie dans les pays touchés par des conflits armés et d'autres situations de violence pour plaider en faveur de la protection des civils, de la protection des soins de santé et de la mobilisation des ressources.

Références¹

1. Traumatismes et violence : les faits 2014. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://iris.who.int/handle/10665/161367?locale-attribute=fr&>).
2. Sharma BR. Road traffic injuries: a major global public health crisis. *Public Health*. 2008; 122 (12):1399–1406. (<https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.06.009>).
3. FY24 list of fragile and conflict-affected situations [website]. World Bank; 2024 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/608a53dd83f21ef6712b5dfef050b00b-0090082023/original/FCSListFY24-final.pdf>).
4. Addressing health emergencies in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://iris.who.int/handle/10665/375639>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
5. ACLED. Armed conflict location & event data [website]. Armed Conflict Location and Event Data Project; 2024 (<https://acleddata.com/>).
6. Afghanistan. Protection of civilians in armed conflict midyear update: 1 January to 30 June 2021. Kabul: United Nations Assistance Mission in Afghanistan (UNAMA); 2021 (https://unama.unmissions.org/sites/default/files/unama_poc_midyear_report_2021_26_july.pdf).
7. WHO oPt. oPt Emergency Situation Update, Issue 28. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_-_issue_28b.pdf).
8. 2022: Disasters in numbers. Brussels: Centre for Research on the Epidemiology of Disasters; 2023 (https://www.cred.be/sites/default/files/2022_EMDAT_report.pdf).
9. Soixante-dixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, Le Caire, 9-12 octobre 2023 : Réduction de la morbidité et de la mortalité dues aux traumatismes dans les situations d'urgence humanitaire. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2023 (<https://applications.emro.who.int/docs/Tech-session-Trauma-fre.pdf>).
10. WHO Lebanon. Beirut port blast. Emergency strategic response plan. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://www.emro.who.int/images/stories/lebanon/who-lebanon-strategic-response-plan-27.9.20.pdf>).
11. Brennan R, Hajjeh R, Al-Mandhari A. Responding to health emergencies in the Eastern Mediterranean region in times of conflict. *Lancet*. 2022;399:e20–e22. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30069-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30069-6)).
12. Trauma system: Agenda for the future. Washington, DC: U.S. Department of Transport; 2004 (https://www.ems.gov/assets/EMS_Trauma_Agenda.pdf).
13. Resources for the optimal care of the injured patient: 2022 standards. Chicago, IL: American College of Surgeons; 2022 (<https://www.facs.org/quality-programs/trauma/quality/verification-review-and-consultation-program/standards/>).
14. Howard JT, Kotwal RS, Stern CA, Janak JC, Mazuchowski EL, Butler FK et al. Use of combat casualty care data to assess the US military trauma system during the Afghanistan and Iraq conflicts, 2001–2017. *JAMA Surg*. 2019 Jul 1;154(7):600–608. (<https://doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0151>).
15. Bath, MF, Hobbs L, Kohler K, Kuhn I, Nabulyato W, Kwizera A et al. Does the implementation of a trauma system affect injury-related morbidity and economic outcomes? A systematic review. *Emerg Med J*. 2024;41(7):409–414. (<https://doi.org/10.1136/emmermed-2023-213782>).
16. Meara JG, Leather AJ, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA et al. Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. *Lancet*. 2015;386(9993):569–624.
17. Werner K, Risko N, Kalanzi J, Wallis LA, Reynolds TA. Cost-effectiveness analysis of the multi-strategy WHO emergency care toolkit in regional referral hospitals in Uganda. *PLoS One*. 2022;17(12):e0279074. (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279074>).

¹ Toutes les références ont été consultées le 7 août 2024.

18. Soixante-Seizième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 21-30 mai 2023 : Résolutions et décisions, annexes. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (WHA76.2/2023/REC/2 ; <https://iris.who.int/handle/10665/375959>).
19. Afghanistan Health Emergency Response (HER) Project [website]. Washington, DC: World Bank; 2024 (<https://projects.worldbank.org/en/projects-operations/project-detail/P178775>).
20. Financial tracking service. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs (OCHA); 2023 (<https://fts.unocha.org/home/2023/plans/view>).
21. Demirel ME, Ali İH, Boğan M. Emergency service experience following the terrorist attack in Mogadishu, 14 October 2017, a scene of lay rescuer triage. *Am J Emerg Med.* 2021;40:6–10. (<https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.005>).
22. The Lancet. Out-of-hospital cardiac arrest: a unique medical emergency. *Lancet.* 2018;391(10124):911. ([https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30552-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30552-X)).
23. Eilertsen KA, Winberg M, Jeppesen E, Hval G, Wisborg T. Prehospital tourniquets in civilians: A systematic review. *Prehosp Disaster Med.* 2021;36(1):86-94. (<https://doi.org/doi:10.1017/S1049023X20001284>).
24. Smith, AA, Ochoa JE, Wong S, et al. Prehospital tourniquet use in penetrating extremity trauma: Decreased blood transfusions and limb complications. *J Trauma Acute Care Surg.* 2019;86(1):43–51. (<https://doi.org/10.1097/TA.0000000000002095>).
25. Murad, MK, Issa DB, Mustafa FM, Hassan HO, Husum H. Prehospital trauma system reduces mortality in severe trauma: a controlled study of road traffic casualties in Iraq. *Prehosp Disaster Med.* 2012;27(1):36-41 (<https://doi.org/10.1017/S1049023X11006819>).
26. Henry JA, Reingold AL. Prehospital trauma systems reduce mortality in developing countries: a systematic review and meta-analysis. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012;73(1):261–268 (<https://doi.org/10.1097/TA.0b013e31824bde1e>).
27. Dayharsh TI, Yung TJ, Hunter DK, Ivy SC. Update on the national emergency number 911. *IEEE Trans Veh Technol.* 1979;28(4):292–297 (<https://doi.org/10.1109/T-VT.1979.23804>).
28. Diehl P, Mauer D, Schneider T, Dick W. Der Notruf--eigentliche Schwachstelle innerhalb eines Rettungssystems. Prospektive Untersuchungen anhand beobachteter Kreislaufstillstände [The emergency telephone number--the essential weak link in an emergency system. Prospective studies involving cardiac arrests observed by bystanders]. *Anaesthesist.* 1992;41(6):348–353.
29. HeRAMS Annual report, Public hospitals in the Syrian Arab Republic. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.emro.who.int/images/stories/syria/04-HeRAMS-Annual-Public-Hospitals-Report-2021.pdf>).
30. HeRAMS Yemen baseline report 2023: Operational status of the health system. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/publications/m/item/herams-yemen-baseline-report-2023-operational-status-of-the-health-system>).
31. Sudan and neighbouring countries. Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/2024-appeals/sudan---who-2024-health-emergency-appeal.pdf>).
32. Surveillance system for attacks on health care (SSA). Geneva: World Health Organization; 2024 (<https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>).
33. Health workforce in the Eastern Mediterranean Region: from COVID-19 lessons to action [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://www.emro.who.int/media/news/health-workforce-in-the-eastern-mediterranean-region-from-covid-19-lessons-to-action.html>).
34. Pakistan floods 2022: Post-disaster needs assessment (PDNA). New York: United Nations Development Programme; 2022 (<https://www.undp.org/pakistan/publications/pakistan-floods-2022-post-disaster-needs-assessment-pdna>).

35. Libya storm and flooding 2023: Rapid damage and needs assessment. Washington, DC: World Bank; 2024 (<https://www.gfdrr.org/en/publication/libya-storm-and-flooding-2023-rapid-damage-and-needs-assessment>).
36. Herat earthquakes 2023: Post-disaster needs assessment. Kabul: United Nations, World Bank, European Union, Asian Development Bank; 2024 (<https://recovery.preventionweb.net/publication/herat-earthquakes-2023-post-disaster-needs-assessment>).
37. Vlassenroot, K. War and social research: the limits of empirical methodologies in war-torn environments. *Civilisations*. 2006;54:191–198.
38. Reinhardt JD, Li J, Gosney J, et al. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action*. 2011;4:7191 (<https://doi.org/10.3402/gha.v4i0.7191>).
39. Amatya B, Khan F. Disaster response and management: The integral role of rehabilitation. *Ann Rehabil Med*. 2023;47(4):237–260 (<https://doi.org/10.5535/arm.23071>).
40. Sivan M, Negrini S. An expanded workforce is needed to strengthen rehabilitation in health systems. *BMJ*. 2024;384:q60 (<https://doi.org/10.1136/bmj.q60>).
41. The need to scale up rehabilitation. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://iris.who.int/handle/10665/331210>). License: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
42. Campbell J, Mills J-A. Health systems and policy research needed to strengthen the rehabilitation workforce. *Bull World Health Organ*. 2022;100(11):747–748 (<https://doi.org/10.2471/BLT.22.289032>).
43. Sawe HRSirili N, Weber E, Coats TJ, Wallis LA, Reynolds TA. Barriers and facilitators to implementing trauma registries in low- and middle-income countries: Qualitative experiences from Tanzania. *Afr J Emerg Med*. 2020;10(Suppl 1):S23–S28 (<https://doi.org/10.1016/j.afjem.2020.06.003>).
44. Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. Guidelines for essential trauma care. Geneva: World Health Organization; 2004 (<https://iris.who.int/handle/10665/42565>).
45. Spiegel PB, Garber K, Kushner A, Wise. The Mosul trauma response, A case study. Baltimore: Johns Hopkins; 2018 (<https://fsi.stanford.edu/publication/mosul-trauma-response-case-study>).
46. The Gaza trauma response: WHO conducted a one-year analysis of trauma injuries in Gaza. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (<https://www.emro.who.int/opt/news/who-conducted-a-one-year-analysis-of-trauma-injuries-in-gaza.html>).
47. Classification and minimum standards for emergency medical teams. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029330>).
48. A guidance document for medical teams responding to health emergencies in armed conflicts and other insecure environments. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029354>).
49. Emergency medical teams 2030 strategy. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
50. Rubiano AM, Vera DS, Montenegro JH. Recommendations of the Colombian Consensus Committee for the Management of Traumatic Brain Injury in Prehospital, Emergency Department, Surgery, and Intensive Care (Beyond One Option for Treatment of Traumatic Brain Injury: A Stratified Protocol [BOOTStraP]). *J Neurosci Rural Pract*. 2020;11(1):7–22 (<https://doi.org/10.1055/s-0040-1701370>).
51. Schell, CO, Khalid K, Wharton-Smith A, et al. Essential emergency and critical care: a consensus among global clinical experts. *BMJ Glob Health*. 2021;6(9):e006585 (<https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006585>).