



Systèmes de santé

Systèmes de soins d'urgence

Rapport du Secrétariat

1. Dans ses résolutions WHA56.24 sur la mise en oeuvre des recommandations du *Rapport mondial sur la violence et la santé* et WHA57.10 sur la sécurité routière et la santé, l'Assemblée de la Santé notait que la violence constituait l'un des principaux problèmes de santé publique dans le monde et elle relevait l'ampleur et la gravité des problèmes de santé publique dus aux accidents de la circulation. Dans la deuxième de ces résolutions, elle recommandait aux Etats Membres de renforcer les services d'urgence et de réadaptation et, dans les deux, elle priait le Directeur général de fournir un appui technique pour renforcer non seulement les services de secours d'urgence et de prise en charge des victimes d'actes de violence, mais aussi les systèmes de soins préhospitaliers et de soins de traumatologie aux victimes des accidents de la circulation. Le présent rapport a été établi pour répondre à la demande de deux Etats Membres qui ont souhaité que le Conseil examine la question des soins d'urgence.

2. Les traumatismes deviennent une cause de plus en plus importante de mortalité et de morbidité dans le monde : plus de 5 millions de décès et plus de 100 millions d'incapacités leur sont imputables chaque année. Les principales causes de traumatismes sont la violence, les accidents de la route, les chutes, les brûlures et les noyades. La très grande majorité (90 %) des décès et des incapacités est concentrée dans les pays à revenu faible ou moyen, parce que les traumatismes y sont plus fréquents, mais aussi parce que le risque de décès ou d'incapacité à la suite d'un traumatisme y est plus grand.

3. La prévention primaire reste l'un des moyens les plus importants de réduire la charge des traumatismes, mais il est de plus en plus admis qu'on peut aussi éviter de nombreux décès et une part importante des incapacités à long terme en renforçant la traumatologie et les soins d'urgence. Des travaux de recherche ont montré que l'issue des traumatismes graves varie considérablement selon le revenu des pays. Il est ainsi ressorti d'une comparaison entre trois pays de niveaux économiques différents que, de 35 % aux Etats-Unis d'Amérique, la mortalité atteignait 55 % au Mexique et 63 % au Ghana. D'après ces résultats, à traumatismes équivalents, le risque de mourir est près de deux fois plus élevé dans les pays à bas revenu que dans les pays à haut revenu.

4. Dans les pays à bas revenu, beaucoup de traumatismes pourraient être bien soignés, et les obstacles financiers n'expliquent pas à eux seuls les disparités observées concernant l'issue des traumatismes entre pays de niveaux économiques différents. Les solutions ne manquent pas pour renforcer la traumatologie et les soins d'urgence dans tous les pays et faire un usage optimum des ressources grâce à une meilleure organisation et une meilleure planification. Les soins d'urgence couvrent : les soins préhospitaliers et le transport ; l'examen initial, le diagnostic et la réanimation ; et

les soins hospitaliers (chirurgie, anesthésie et prise en charge ultérieure). Les études des résultats obtenus en planifiant et en organisant mieux la traumatologie dans les pays à haut revenu révèlent systématiquement une augmentation du taux de survie comprise entre 8 et 50 %. Les mesures consistent notamment à désigner des centres de traumatologie et à en assurer la qualité, à définir des critères pour la planification des soins préhospitaliers et le triage et à établir des protocoles pour le transfert entre établissements.

5. Le renforcement de la traumatologie et des soins d'urgence pourrait présenter de nombreux avantages pour la santé publique. Même dans l'hypothèse prudente d'une diminution de 8 % de la mortalité chez tous les blessés, pas moins de 400 000 vies pourraient être sauvées chaque année. On pourrait sauver davantage de vies encore en renforçant les soins d'urgence dans les pays à revenu faible ou moyen jusqu'à ce que la mortalité liée aux traumatismes avoisine celle observée dans les pays à revenu élevé.

6. On pense souvent à tort que les services de traumatologie et de soins d'urgence coûtent trop cher. En réalité, des interventions peu coûteuses ont permis de les améliorer en de nombreux endroits. De plus, les études de rentabilité montrent que de nombreux éléments de la traumatologie et des soins d'urgence font partie des interventions de santé publique qui présentent le meilleur rapport coût/efficacité. Dans le cadre du projet sur les priorités en matière de lutte contre les maladies mené par la Banque mondiale, l'OMS et le Fogarty International Center of the National Institutes of Health aux Etats-Unis d'Amérique, les interventions qui concourent à renforcer les soins préhospitaliers – formation de personnel paramédical exerçant au sein des communautés et de secouristes basés dans les villages, ambulances communautaires et soins chirurgicaux de base (y compris la prise en charge des traumatismes) dans les hôpitaux de district – ont été classées parmi celles qui reviennent à moins de US \$100 par année de vie ajustée sur l'incapacité gagnée ; dans une fourchette allant de US \$1 (intervention la plus rentable) à US \$100 000 (intervention la moins rentable) par année de vie gagnée, elles sont considérées comme très rentables.

7. En outre, il est jugé indispensable de renforcer la traumatologie et les soins d'urgence pour mieux se préparer aux événements qui font de nombreuses victimes, et ces soins sont considérés comme hautement prioritaires, en particulier dans les situations d'urgence résultant d'événements soudains.

8. Le fait que la plupart des données dont on dispose sur le renforcement de la traumatologie et des soins d'urgence concernent les pays à haut revenu est une source de difficulté pour les pays à revenu faible ou moyen. Pour répondre aux besoins des pays à revenu faible ou moyen, l'OMS et ses partenaires à travers le monde ont publié des documents d'orientation sur les soins chirurgicaux, les soins essentiels en traumatologie et les systèmes de soins préhospitaliers aux blessés,¹ ainsi qu'un module d'apprentissage en ligne sur la gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et essentiels.² Ces lignes directrices et ces instruments sont destinés aux établissements fixes (hôpitaux et dispensaires) et servent à renforcer les soins préhospitaliers. Ils recommandent des stratégies à la fois efficaces, économiques et basées sur des données probantes pour assurer une traumatologie et des soins d'urgence efficaces, notamment en faisant bon usage des ressources humaines et matérielles et en organisant des systèmes de transport adéquats. Des travaux sont en cours pour définir des principes

¹ *Surgical care at the district hospital*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2003 ; Mock C, Lormand JD, Goosen J, Joshipura M, Peden M. *Guidelines for essential trauma care*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004 ; et Sasser S, Varghese M, Kellermann A, Lormand JD. *Prehospital care systems*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2005.

² <http://www.who.int/surgery/imeesc/en/index.html>.

directeurs qui aideront à créer des systèmes de prise en charge d'un nombre important de victimes ou à les renforcer.

9. Les premières initiatives prises ont montré l'utilité des lignes directrices de l'OMS dans ce domaine. De plus en plus de spécialistes de la traumatologie et des soins d'urgence collaborent avec l'OMS. Le groupe consultatif pour les systèmes de traumatologie et de soins d'urgence et le Tableau OMS d'experts des actes chirurgicaux cliniques rassemblent des experts de toutes les régions du monde. Dans des pays comme l'Afrique du Sud, le Ghana, l'Inde, l'Iran (République islamique d'), le Mexique, le Mozambique, Sri Lanka, la Roumanie, la Thaïlande et le Viet Nam, les lignes directrices de l'OMS ont été suivies pour évaluer les besoins en matière de traumatologie et renforcer les systèmes locaux.

ACTIVITES RECOMMANDEES

10. Les activités à entreprendre se répartissent en quatre grandes catégories : analyse contextuelle et planification, intégration intersectorielle, développement des systèmes, et viabilité à long terme.

11. **Analyse contextuelle et planification.** Pour renforcer la traumatologie et les soins d'urgence, il faut commencer par analyser la situation et évaluer les besoins afin de connaître le contexte. Il faut notamment déterminer s'il existe des services préhospitaliers parallèles et si le secteur privé assure des prestations comme le transport en ambulance. Dans les zones où les traumatismes sont fréquents, il faut aussi repérer les endroits où améliorer les soins, par exemple les villes et les grands axes routiers, et envisager d'y instaurer des systèmes structurés de soins préhospitaliers, car c'est là qu'ils présenteront un bon rapport coût/efficacité. De plus, on envisagera de mettre sur pied des services de soins préhospitaliers qui tirent parti des systèmes parallèles et des ressources communautaires dans les endroits où il est impossible d'instaurer des systèmes structurés. Il faut aussi déterminer de quelles ressources financières on dispose.

12. Il faut concevoir et expérimenter des instruments et des techniques normalisés pour évaluer les besoins en matière de services préhospitaliers et hospitaliers de traumatologie et de soins d'urgence. Il faut aussi affiner les méthodes d'examen de la législation applicable à ces services, réunir de bons exemples de textes de loi et les faire largement connaître. Il convient par ailleurs d'encourager les chercheurs à élargir la base de connaissances sur laquelle reposent ces services. Par la collaboration, on élaborera des politiques et des programmes scientifiquement fondés qui utilisent des méthodes éprouvées pour renforcer ces systèmes. On veillera à ce que la traumatologie et les soins d'urgence figurent au programme des établissements de formation concernés et à assurer la formation continue du personnel assurant ce type de soins. Il sera peut-être nécessaire d'offrir des stimulants pour appuyer ce type de formation. Il faut faire savoir et rappeler régulièrement qu'il existe des interventions peu coûteuses qui, en aidant à mieux planifier et organiser la traumatologie et les soins d'urgence, permettent de réduire la mortalité, et il faut organiser régulièrement des réunions d'experts pour qu'ils s'échangent des informations techniques, des données d'expérience et développent leurs compétences.

13. **Intégration intersectorielle.** Les ministères de la santé doivent participer à des réseaux intersectoriels et, dans certains cas, inciter à en créer en vue de renforcer les services de traumatologie et de soins d'urgence. Ces réseaux doivent rassembler des partenaires des secteurs public et privé dans les domaines de la santé, des transports, des télécommunications et des services de secours. La coordination entre secteurs, voire entre pays, est indispensable pour améliorer les systèmes, en particulier quand il s'agit de répartir les moyens de transport et de veiller à ce que les services de traumatologie et de soins d'urgence puissent être étendus en cas d'événement se soldant par un grand nombre de victimes. Quand il existe ou quand sont en train d'être créés des services structurés de soins

préhospitaliers d'urgence, à l'échelle d'un pays ou même d'une Région, il faut mettre un numéro de téléphone au service de tous et en faire la publicité.

14. **Développement des systèmes.** Il faut rédiger des textes de loi applicables à la traumatologie et aux soins d'urgence ou actualiser la législation, et donner des exemples de bonnes pratiques. Au sein des systèmes de traumatologie et de soins d'urgence, il faut définir les services essentiels à fournir à tous ceux qui en ont besoin et veiller à ce qu'ils soient assurés de façon compétente. Il faut déterminer les ressources humaines (effectifs et compétences) et physiques (infrastructure et fournitures) indispensables aux différents niveaux du système de santé. On prendra des dispositions pour réunir des informations sur la prestation de ces services – inspection des établissements et programmes d'amélioration de la qualité, par exemple – en ayant recours à des normes et des méthodes appropriées. Les services doivent être organisés de façon à ce qu'il existe un système d'orientation-recours rationnel, adapté au contexte et qui tire le meilleur parti possible des ressources humaines et financières.

15. Il faut instaurer des dispositifs d'amélioration de la qualité dans les systèmes de traumatologie et de soins d'urgence, soutenus par une formation générale et une formation en cours d'emploi qui tiennent compte des besoins du personnel à tous les niveaux du système de santé.

16. **Viabilité à long terme.** Parmi les autres activités importantes qui contribuent à la viabilité du système figure le développement des moyens de collecte de données indispensables pour contrôler en permanence son efficacité. De plus, il faut continuellement évaluer les capacités, qu'il s'agisse des structures, du fonctionnement du système ou des ressources humaines et, au besoin, les renforcer. Des améliorations devront être apportées aux systèmes de soins d'urgence dans le cadre de l'ensemble du système de soins et il faudra s'efforcer d'améliorer les conditions de travail du personnel appelé à fournir les soins d'urgence. Quand il existe un système structuré de services médicaux d'urgence, il faut, dans la mesure du possible, mettre en place un mécanisme de contrôle pour promouvoir et garantir un niveau minimum en matière de formation, de matériel, d'infrastructure et de communication. Toutes les parties intéressées, y compris les pouvoirs publics et les organisations non gouvernementales, devront collaborer ensemble à la mise en place des moyens nécessaires pour bien planifier, organiser, administrer, financer et contrôler les services.

17. Le Conseil exécutif a examiné le rapport ci-dessus à sa cent vingtième session et a noté qu'il était important de renforcer la traumatologie et les soins d'urgence.¹

MESURES A PRENDRE PAR L'ASSEMBLEE DE LA SANTE

18. L'Assemblée de la Santé est invitée à examiner le projet de résolution contenu dans la résolution EB120.R4.

= = =

¹ Voir le document EB119/2006-EB120/2007/REC/2. Procès-verbal de la cinquième séance de la cent vingtième session du Conseil et procès-verbal de la neuvième séance de la cent vingtième session, section 2.