



LES SERVICES DE SANTÉ

AU NIVEAU PRIMAIRE



CICR



CICR

Comité international de la Croix-Rouge
19, avenue de la Paix
1202 Genève, Suisse
T + 41 22 734 60 01 **F** + 41 22 733 20 57
E-mail: shop.gva@icrc.org
www.[cicr.org](http://www.cicr.org)
© CICR, mai 2006

Photo de couverture : Christopher Black/Fédération Internationale

**LES SERVICES
DE SANTÉ
AU NIVEAU PRIMAIRE**

SOMMAIRE

Introduction	p 5
A. Les modalités d'intervention du CICR dans les services de santé primaires	p 6-10
1. Analyse de la situation sanitaire	
2. Planification d'une intervention	
B. Les services de santé primaires dans une approche intégrée de l'assistance, et plus généralement de l'ensemble de l'action du CICR	p 10
1. Service de santé primaires et approche intégrée de l'assistance	
2. Le rôle des services de santé primaires dans le respect de l'intégrité individuelle et communautaire des populations	
C. Suivi de la fourniture des services de santé et de leur intégration avec les autres activités d'assistance et les activités de protection	p 11-12
1. Services de santé primaires	
2. Intégration avec les activités des autres unités chargées des activités d'assistance	
3. Intégration avec les activités relevant de l'intégrité individuelle et communautaire	
D. Les stratégies de sortie	p 12
Conclusion	p 13
Références	p 14
Annexe 1/ Définitions (et la Déclaration d'Alma-Ata)	p 15-18
Annexe 2/ Cadre opérationnel	p 19-21
Annexe 3/ Outil conceptuel définissant les étapes du processus décisionnel au CICR (explication de texte de la Doctrine 49)	p 23-26

INTRODUCTION

Les systèmes de santé comprennent tous les services dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé – qui, elle-même, est définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

L'architecture d'un système de santé est complexe et se présente différemment selon les angles sous lesquels on la considère.

- Les politiques nationales de santé, qui définissent l'équilibre entre
 - les services à visée préventive, qui ont pour but de prévenir les maladies, et le plus souvent mis en place à proximité des populations;
 - les services à visée curative, qui ont pour but de traiter les malades, et le plus souvent dispensés dans des structures médicales, dispensaires, hôpitaux.
- Le lien avec des services qui ne sont pas des services de santé au sens strict du terme, mais qui sont indispensables au maintien de la santé. Ces services relèvent, entre autres, des domaines de la nutrition, de l'approvisionnement en eau et de l'hygiène de l'environnement, et de l'habitat.
- L'allocation des ressources disponibles, notamment les ressources humaines qui sont plus volontiers dirigées vers le secteur hospitalier.
- L'influence de références internationales telles que la Déclaration d'Alma-Ata.

Dans un souci de clarté, on divisera les interventions du CICR dans le domaine de la santé en trois catégories :

- Interventions sur les services de santé primaires, qui correspondent à toutes les prestations de santé dispensées directement auprès des populations : vaccination, traitement ambulatoire des maladies courantes, services d'approvisionnement en eau potable, nutrition. Elles ont pour but de maintenir la santé, de prévenir les maladies et de traiter les problèmes médicaux courants.
- Interventions sur les services de santé hospitaliers, qui correspondent aux services habituels que l'on trouve dans un hôpital : chirurgie, médecine, pédiatrie, obstétrique, etc.
- Interventions sur les services qui assurent la continuité des soins (transfert vers le secteur hospitalier, suivi à la sortie des hôpitaux).

Les conflits armés ont des répercussions à la fois sur la santé des populations (blessures, déplacements de population), sur les systèmes de santé (dégradation due au manque de ressources humaines et financières, attaques contre les systèmes de santé) et sur la capacité des populations à avoir accès aux services de santé (inaccessibilité liée à l'insécurité). Ces répercussions peuvent être immédiates ou s'étaler progressivement sur des années.

Dans les situations d'urgence sanitaire comme en période de stabilité, rétablir l'accès aux services de santé primaires est une priorité dans la mesure où de nombreux problèmes de santé touchant les populations relèvent de la prévention et de traitements courants. L'intervention du CICR dans ces services de santé est souvent nécessaire. Elle doit tenir compte de la diversité des contextes, notamment du degré d'urgence sanitaire, de l'engagement des autres acteurs et de l'évolution potentielle des situations, ainsi que des stratégies opérationnelles de l'institution.

Ce document devrait donner aux coordonnateurs santé les éléments nécessaires pour identifier les diverses modalités d'intervention dans le cadre des services de santé primaires, et pour définir leur rôle dans une approche intégrée de l'assistance, et plus généralement de l'ensemble de l'action du CICR.

1. Analyse de la situation sanitaire

Cette analyse comporte trois niveaux :

1.1 Une analyse de santé publique dont le but est de cerner l'adéquation entre les besoins de santé des populations et les services de santé à disposition

- Les besoins de santé : il s'agit d'identifier les problèmes de santé ayant la plus forte prévalence et leur gravité (mortalité, morbidité, handicaps), ainsi que la volonté des populations de s'impliquer dans une stratégie de santé.
- Les services de santé primaires déjà en place : il s'agit d'identifier
 - *leur capacité* : peuvent-ils couvrir les besoins des populations, en particulier lorsqu'on est en présence d'une augmentation des besoins liée à l'arrivée de populations déplacées ?
 - *leur qualité* : assurent-ils des prestations conformes aux références nationales et internationales en vigueur ?
 - *leur potentiel de durabilité en fonction de l'évolution politique prévisible de la situation* : dans quelle mesure continueront-ils à fonctionner dans un environnement d'insécurité où, par exemple, une partie du personnel de santé serait amenée à quitter la région ?

1.2 Une analyse du rôle des acteurs dans le domaine de la santé

Le nombre et le type d'acteurs impliqués dans le domaine de la santé sont variables d'une situation à l'autre.

- Il faut analyser la capacité des populations à cerner leurs problèmes de santé et à proposer des stratégies pour les prendre en charge. À ce stade, on approche la dimension anthroposociologique. Si le domaine de la santé se prête aux mesures quantitatives, le volet qualitatif permet de savoir comment les populations perçoivent les problèmes de santé, et dans quelle mesure elles sont satisfaites des services de santé fournis.
- Les ministères de la Santé des pays concernés ont la responsabilité de fournir à leur population les services de santé appropriés. Si, dans certaines situations, ils n'ont pas les moyens de faire face, il n'en demeure pas moins vrai qu'ils gardent cette responsabilité. L'analyse du rôle du ministère de la Santé, y compris celui de l'administration de la santé au niveau périphérique, a pour but de cerner la volonté et la capacité des autorités à assumer leur responsabilité. Cet aspect aura un poids important lorsqu'il s'agira de définir une stratégie d'intervention pour le CICR.
- Les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont des acteurs incontournables avec lesquels le CICR va le plus souvent collaborer. Les critères pour entrer en matière sur une forme de collaboration dépendent de l'acceptabilité de la Société nationale dans le contexte concerné, de sa capacité opérationnelle, des ressources humaines disponibles. Le cadre de référence demeure l'Accord de Séville.
- Les acteurs onusiens sont présents à des degrés divers. L'OMS et l'UNICEF sont les deux agences avec lesquelles le CICR peut être amené à avoir des contacts et, dans certains cas, à collaborer.
- Les ONG sont très impliquées dans les services de santé primaires, notamment lors de déplacements massifs de populations. Il peut s'agir d'organisations spécialisées dans les situations d'urgence, d'organisations déjà présentes dans le cadre de projets de développement et qui interviennent dans une situation d'urgence, d'organisations nationales ou internationales, d'organisations spécialisées dans un domaine d'action précis.
- Le CICR n'a pas d'accord-cadre avec des ONG. Lorsqu'une collaboration est souhaitable dans un contexte donné, il procède à des arrangements *ad hoc* dont le critère de base est le respect de son indépendance et de sa neutralité.

1.3 Une analyse politique de la situation

Cette analyse a pour but de cerner les problèmes de sécurité qui vont influencer fortement les modalités d'intervention du CICR et, dans certaines situations, rendre son action impossible. On est alors dans le débat sur l'équilibre entre les besoins des populations et les risques que peut prendre le CICR.

Tous ces paramètres sont essentiels au CICR pour lui permettre de décider s'il doit ou non s'engager dans la mise en place de services de santé primaires ou soutenir des services déjà existants.

2. Planification d'une intervention

2.1. Définir une stratégie pour maintenir ou rétablir l'accès aux services de santé primaires

Il existe de nombreuses possibilités correspondant à deux types de situation :

Dans les « grandes urgences »

Les besoins vitaux des populations ne sont plus couverts par les services de santé. On aura recours à une stratégie fondée sur la mise en place rapide d'interventions médico-sanitaires d'urgence. Il s'agira de couvrir à très bref délai les besoins des populations, et de fournir à celles-ci les services de santé de base immédiatement nécessaires pour maintenir les fondements de la santé (alimentation, eau) et réduire la morbidité (contrôle des maladies transmissibles, campagnes de vaccination, traitement des problèmes médicaux courants). On parle du **paquet minimum d'activités** (PMA), lequel est le plus souvent mis en place et géré par des acteurs humanitaires. Les populations sont relativement peu associées à la planification et à la gestion de ces services de santé de base. Il s'agit d'un genre d'intervention typique des urgences de santé publique, que l'on retrouve notamment dans la prise en charge des camps de personnes déplacées ou de réfugiés. On le désigne par l'expression **« interventions médico-sanitaires d'urgence »** (IMSU).

Il est caractérisé par

- une analyse rapide des problèmes de santé
- une participation généralement minimale des populations
- la primauté de l'efficacité immédiate sur la durabilité
- la prédominance des organisations humanitaires dans la mise en place des services de santé de base
- un mode d'action privilégiant la substitution
- des objectifs de santé définis par rapport aux populations (mortalité) et à la couverture des services
- des services de santé primaires normalisés, basés sur des références internationales – Sphère, normes OMS et autres
- le minimum de coordination nécessaire pour éviter des doublons d'activités par trop évidents
- l'absence de stratégie de sortie, du moins pendant la période initiale de l'intervention
- un système de suivi de la santé des populations et une prise en charge croissante des services par l'OMS qui, par ce biais, s'efforce d'exercer une forme de coordination.

Dans les crises sanitaires aiguës, la rapidité avec laquelle les services de santé primaires seront mis à la disposition des victimes est un facteur essentiel d'efficacité. Le processus décisionnel du CICR doit donc être extrêmement rapide et s'appuyer sur le personnel de santé.

Dans les situations stables

Ces situations sont caractérisées par un déséquilibre entre les besoins sanitaires et les services de santé qui ne se traduit pas par une forte mortalité/morbidité. Il est possible de suivre une stratégie classique dite « des soins de santé primaires (SSP) », dont la caractéristique essentielle est une participation importante des populations à l'identification des problèmes de santé et à la gestion des services de santé primaires. Le but est d'arriver à ce que les populations participent dans une mesure importante à la gestion – et, si possible, au financement – de ces services de santé, qui doivent être de qualité, accessibles à tous et d'un coût abordable¹.

Cette approche relève du développement et se traduit par des délais de mise en place plus importants. Elle repose sur des négociations approfondies avec les populations et les autorités sanitaires.

Une intervention du CICR dans ce cadre stratégique repose sur

- une analyse approfondie et minutieuse des problèmes de santé
- la participation des populations
- l'intégration de l'intervention du CICR dans une politique nationale de santé
- des accords formels de partenariat
- un mode d'action privilégiant le soutien des services de santé primaires existants
- une volonté de s'engager à long terme

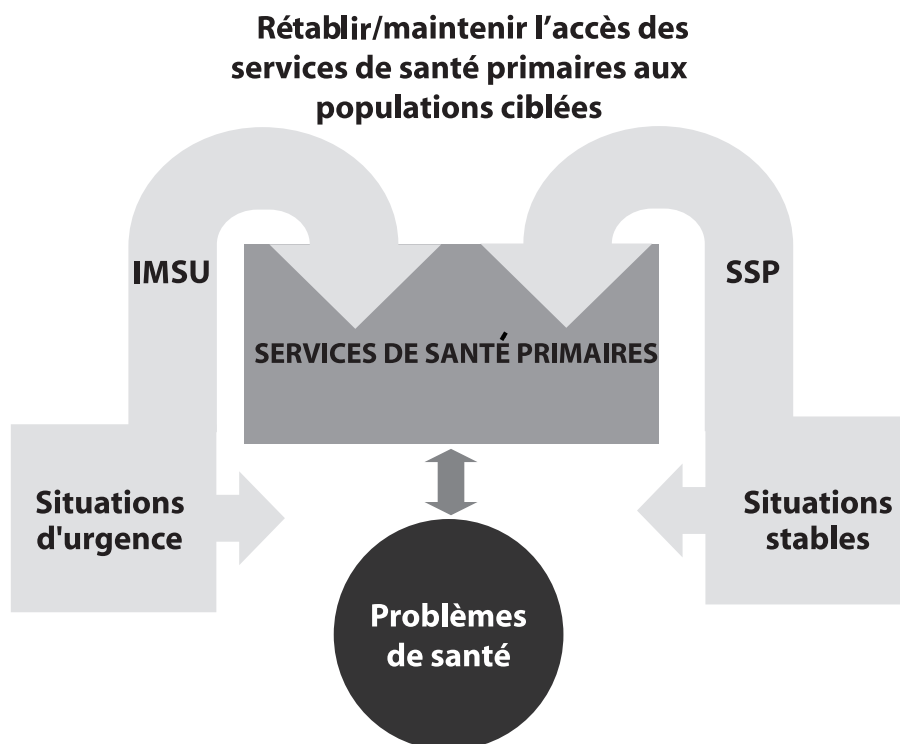
¹ Point VI de la Déclaration d'Alma-Ata : « Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. » Alma-Ata 1978 – Les soins de santé primaires, OMS, Genève, 1978.

Lorsque la stratégie de santé relève d'une approche SSP, la rapidité du processus décisionnel n'est pas un critère d'efficacité. La profondeur de l'analyse est essentielle, tant au niveau des besoins que des interactions avec les autres acteurs impliqués, notamment les populations concernées par le projet et les autorités sanitaires et politiques.

La stratégie des cliniques mobiles consiste à fournir des services de santé primaires au moyen de structures itinérantes (allant d'un lieu géographique à l'autre) et non permanentes. Il s'agit d'une stratégie ultime pour améliorer l'accès de groupes de population isolés sur le plan sanitaire. Les critères régissant la mise en place de ces structures sont définis dans le document CICR intitulé « Les unités mobiles de santé – Approche méthodologique » (2006).

Quels sont les critères selon lesquels le CICR définit une stratégie ?

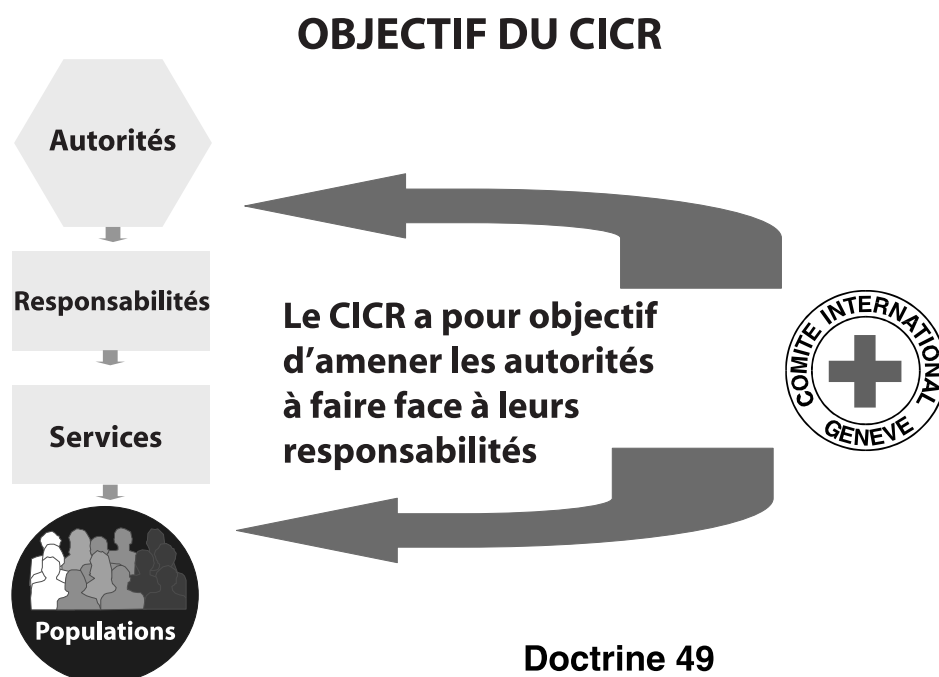
- Définir les services de santé primaires à partir des problèmes de santé prioritaires au sein de la population.
- Mettre l'accent sur les mesures préventives.
- Recourir à une technologie appropriée et scientifiquement valable.
- Avoir une vision dynamique du système de santé facilitant une approche multisectorielle de la santé (alimentation, nutrition, eau potable, hygiène de l'environnement, soins préventifs et curatifs).
- Avoir une vision permanente du rôle et de l'action des autres intervenants dans ce domaine.
- Faire en sorte qu'il y ait la cohérence nécessaire entre les modalités de mise en place des services de santé primaires et la politique nationale de santé :
 - pour des SSP, cohérence indispensable, fait partie des critères préalables de mise en œuvre ;
 - pour des interventions médico-sanitaires d'urgence (IMSU), cohérence souhaitable mais pas nécessaire, surtout si l'intégration entraîne des délais de mise en œuvre.
- Pouvoir engager un dialogue sur un accord-cadre, notamment avec les autorités sanitaires, lorsqu'on envisage un partage des responsabilités avec d'autres acteurs.
- Faire participer la communauté concernée à tout le processus d'élaboration et de réalisation des activités de santé :
 - critère essentiel dans une stratégie de SSP ;
 - critère moins important pour des IMSU.



2.2. Définir clairement les objectifs

Un objectif général est défini par rapport à un problème de santé des populations; les objectifs spécifiques peuvent être liés à la couverture des services. Il est important de pouvoir en permanence établir le lien entre les objectifs spécifiques et l'objectif général. Par exemple, la construction d'un dispensaire est un objectif spécifique qui contribue à un objectif général qui est de permettre à une population d'avoir accès aux services de santé primaires.

Les objectifs liés à la responsabilisation des autorités pour la prise en charge des services au niveau primaire sont basés sur la perception que l'on a des motivations et de la volonté des autorités autant que sur l'analyse qualitative et quantitative des services de santé effectivement fournis aux populations.



2.3. Choisir et décrire précisément les services de santé primaires concernés par l'intervention du CICR

2.3.1. Le choix des services de santé primaires

Il repose sur le type de situation auquel on doit faire face. Dans les grandes urgences, le choix se porte le plus souvent sur des services de santé ayant un potentiel d'efficacité immédiat en fonction de problèmes de santé le plus souvent classiques tels que, par exemple, risque de rougeole, maladies diarrhéiques, infections pulmonaires ou paludisme. Ainsi, on peut être amené à mettre en place des vaccinations de masse, des consultations ambulatoires dans des dispensaires rapidement montés, etc.

Dans les situations stables, la palette des services peut être plus large et, selon les contextes, on peut par exemple proposer la mise en place de services de dépistage de maladies chroniques.

Les services (liste non exhaustive) :

- | | |
|--|---|
| - Approvisionnement en eau propre | - Fourniture des médicaments essentiels |
| - Fourniture de nourriture | - Santé reproductive |
| - Santé de la mère et de l'enfant | - Santé mentale |
| - Vaccination | - Soins curatifs ambulatoires |
| - Prévention des maladies transmissibles | - Soins curatifs non ambulatoires |
| - Promotion de l'hygiène | |
| - Traitement des maladies communes | |

2.3.2. La description du plan d'action pour chaque service de santé

- Le plan d'action à élaborer pour chaque service de santé primaire doit comprendre l'identification de la population cible, le choix des tâches qui constitueront ce service et l'ordre dans lequel elles seront mises en place.
Ainsi, pour des consultations ambulatoires :
 - construction/réhabilitation d'une structure
 - formation du personnel
 - mise en place d'un système d'approvisionnement en médicaments
- Il faut déterminer les références qui seront utilisées pour définir les critères de qualité.
- Il faut également décrire le partage des responsabilités – dans la mise en place et la conduite de ces services de santé – entre les divers acteurs intervenant avec le CICR.
- Le plan d'action doit préciser les mécanismes de coordination qui permettront de gérer l'interface entre les divers services de santé.
- Enfin, il faut planifier le suivi des services, avec description des indicateurs, des méthodes à utiliser pour recueillir ces indicateurs et de leur rôle dans les processus décisionnels.

B | LES SERVICES DE SANTÉ PRIMAIRES DANS UNE APPROCHE INTÉGRÉE DE L'ASSISTANCE, ET PLUS GÉNÉRALEMENT DE L'ENSEMBLE DE L'ACTION DU CICR

1. Services de santé primaires et approche intégrée de l'assistance

1.1. Le lien avec le secteur hospitalier

Les services de santé primaires doivent être liés au secteur hospitalier, que le CICR agisse dans ce secteur ou pas. La décision d'intervenir ou non au niveau hospitalier découle de l'analyse de tout le système de santé que le CICR aura faite au préalable. Elle doit être concomitante de la décision d'intervenir dans les services de santé primaires.

1.2. Le lien avec une approche intégrée de l'assistance

Cette approche intégrée est énoncée formellement dans la Doctrine 49, notamment sous le point 4.2. Dans la pratique, cela veut dire :

- analyse de nouvelles situations conjointement par les trois unités relevant du domaine de l'assistance;
- plan d'action tenant compte de la nécessité d'une cohérence entre les services fournis par ces trois unités, par exemple eau et santé, nutrition et santé;
- suivi intégré des interventions des trois unités.

2. Le rôle des services de santé primaires dans le respect de l'intégrité individuelle et communautaire des populations

Par définition, les services de santé primaires sont dits « de proximité ». Ils donnent au CICR une possibilité véritablement unique d'être en contact direct avec les populations. Dans la pratique, cela se traduit par des actions de santé basées sur l'écoute des besoins et la participation des victimes au plan d'action ainsi qu'à sa mise en application – avec les limites potentielles évoquées précédemment – et adaptées aux spécificités des cultures locales.

Généralement, les actions de santé, et plus globalement d'assistance, sont très bien reçues par les populations touchées. De ce fait, un climat de confiance s'établit entre le personnel chargé de l'assistance et ces populations, qui sera d'autant plus fort s'il repose sur les deux piliers que sont le respect et l'empathie. Dans son travail, le personnel de santé est amené à recueillir des informations sur l'intégrité des personnes et des communautés, informations qui seront à l'origine d'activités spécifiques (démarches, messages CR).

À partir de cette constatation, le personnel de santé peut être amené à jouer un rôle primordial dans les domaines de la sécurité physique et communautaire des victimes. Le personnel de santé, et plus globalement le personnel chargé d'une action d'assistance, est susceptible, par sa présence sur le terrain et par la confiance dont il jouit auprès des victimes, de recevoir des informations sur des violations du droit international humanitaire (DIH) portant atteinte à la sécurité individuelle (par exemple, mauvais traitements, torture, disparitions) et à la sécurité communautaire (par exemple, dispersion de familles, déplacements forcés, discrimination, entre autres).

Par ailleurs, le personnel médical est souvent le premier à recevoir des informations relatives à des accidents ou d'autres problèmes liés aux mines et aux restes explosifs de guerre. La transmission de ces informations permet au CICR et à d'autres acteurs compétents de développer des opérations préventives appropriées.

C | SUIVI DE LA FOURNITURE DES SERVICES DE SANTÉ ET DE LEUR INTÉGRATION AVEC LES AUTRES ACTIVITÉS D'ASSISTANCE ET LES ACTIVITÉS DE PROTECTION

Un système de suivi du contexte et de la performance des services de santé primaires est mis en place dès le début de l'intervention. Il couvre les activités propres à ces services, ainsi que celles qui sont liées à l'accès aux ressources alimentaires, à l'eau potable et à un environnement salubre.

De plus, un lien doit être fait avec les activités liées au respect de l'intégrité individuelle et communautaire.

1. Services de santé primaires

1.1. Suivi des services

Les indicateurs à utiliser pour le suivi de chaque service de santé primaire (vaccination, soins médicaux ambulatoires, etc.) doivent permettre d'analyser

- la qualité du service fourni (suivi des outils servant à améliorer la qualité du service)
- la couverture du service

1.2. Suivi de la stratégie de mise en place des services de santé primaires

Il faut être en mesure de répondre aux questions suivantes :

- Comment les priorités sanitaires évoluent-elles au fur et à mesure du déroulement de l'intervention du CICR ?
- Les caractéristiques du système de santé national ont-elles évolué ?
 - nouvelle politique de santé
 - implication accrue des autorités, ou responsabilités non assumées
 - changements de personnes dans le système de santé
- Les conditions de participation des populations ont-elles changé ?

Les indicateurs sont

- d'ordre technique, comme l'évolution des morbidités spécifiques que l'on a déjà identifiées dans le cadre du suivi des services de santé de base ;
- d'ordre politique, comme l'attitude des autorités de santé que l'on va suivre grâce à des réunions régulières et documentées avec les responsables de la politique de santé nationale ;
- d'ordre sociologique, comme l'attitude des populations envers les services de santé, qui peut être analysée à travers des groupes de discussion.

1.3. Suivi du ou des modes d'action du CICR (substitution, soutien, etc.) en rapport avec les services de santé primaires

L'intervention dans le domaine de la santé s'inscrit dans une stratégie globale du CICR qui s'appuie sur les modes d'action décrits dans la Doctrine 49.

Les changements de stratégie par rapport aux autorités dépendent de l'analyse des indicateurs relevés ci-dessus.

Ainsi, le passage de la substitution au soutien dépend entre autres de

- l'analyse de la façon dont évolue l'urgence des besoins de santé ;
- l'analyse de la volonté et de la capacité qu'ont les autorités de prendre la responsabilité des services.

2. Intégration avec les activités des autres unités chargées des activités d'assistance

Pour analyser plusieurs services et leur interaction, on doit disposer d'indicateurs spécifiques à chacun d'eux, et les mettre en parallèle.

Par exemple :

- couverture des projets « eau » et évolution du taux de maladies diarrhéiques ;
- couverture vaccinale et taux que représente le nombre de cas observés dans les dispensaires ;
- nombre de consultations dans les dispensaires et taux que représente le nombre de patients aiguillés vers les hôpitaux ;
- taux de malnutrition observé dans les dispensaires et lien avec l'accès à la nourriture ou avec une forte augmentation de certaines maladies transmissibles.

3. Intégration avec les activités relevant de l'intégrité individuelle et communautaire

Accidents de mines et de restes explosifs de guerre, mauvais traitements, déplacements forcés et dispersion de familles sont des indicateurs dont le suivi sur le terrain peut être assuré par le personnel de santé chargé de gérer les services de santé primaires.

De cette manière, le suivi peut être considéré comme un facteur d'intégration entre les divers domaines d'activité relevant de la santé, ainsi que dans les relations de ces domaines avec les actions relevant de la sécurité physique et communautaire. C'est en effet sur les bases de l'analyse conjointe de toutes ces informations que se construit un véritable processus de coordination.

L'analyse intégrée de tous ces indicateurs permet non seulement de suivre la réalisation des services de santé primaires, mais aussi leur intégration dans l'action d'assistance, et plus généralement dans l'ensemble de l'action du CICR.

Le plan d'action de chaque service de santé primaire, son suivi et les hypothèses qui sous-tendent son bon fonctionnement seront intégrés dans un cadre logique.

D | LES STRATÉGIES DE SORTIE

Des stratégies d'entrée et de désengagement sont prévues dans les plans d'action. Les stratégies de désengagement sont élaborées avec la participation des acteurs concernés dès le début de l'intervention, du moins dans le cadre d'une stratégie basée sur les soins de santé primaires (SSP). Cela favorisera la participation et l'adhésion de la communauté au programme dès sa mise en œuvre, et permettra d'identifier les partenaires potentiels pour la reprise des projets ou programmes.

Les stratégies de désengagement doivent être souples. Cependant, il ne faut pas qu'elles soient soumises à l'arbitraire des changements de responsables de programmes. Elles doivent obéir à des critères objectifs, que nous énumérons ci-après.

- Le premier est la responsabilité que le CICR prend envers une population lorsqu'il s'engage dans des programmes de santé. Un désengagement sans alternative fiable, alors que les programmes ont un impact positif sur les populations, n'est pas acceptable sur le plan de l'éthique.
- Le deuxième est d'inclure dans le plan d'action des accords écrits selon lesquels les partenaires s'engagent à reprendre ces programmes selon un calendrier défini. La flexibilité intervient ensuite dans la révision de ce calendrier si les partenaires ne sont pas en mesure d'assumer leurs responsabilités dans les temps impartis. Du fait que ce sont les autorités qui sont les partenaires en question, cette approche est conforme à l'un des modes d'action du CICR – celui de la responsabilisation.
- Le troisième est d'inclure dans le plan d'action un plan de suivi de l'intervention, comprenant non seulement le suivi des activités (par exemple, le nombre de malades soignés), mais aussi le suivi du processus de responsabilisation des partenaires qui interviendront dans la reprise.

Si les stratégies de sortie doivent être planifiées dès le début de l'intervention, tout au moins dans les interventions en milieu stable, elles sont plus difficiles à cerner dans les grandes urgences, caractérisées entre autres par une évolution politique chaotique et l'engagement imprévisible d'autres acteurs dans le domaine de la santé.

Il arrive aussi que la stratégie de sortie se transforme en sortie de secours lorsque les conditions de sécurité ne permettent plus la présence du CICR, ou que les autorités n'autorisent plus l'accès aux victimes.

Enfin, une stratégie de sortie peut être précipitée par l'impossibilité pour le CICR de maintenir des services de qualité, pour diverses raisons – par exemple, accès insuffisant ou manquement des partenaires à leurs obligations.



CONCLUSION

Les services de santé primaires permettent de faire face à la majorité des problèmes de santé des populations. Techniquement, ils sont le fruit de multiples expériences sur le terrain, combinées avec une recherche opérationnelle intense au cours de ces dernières années, qui leur assure une véritable crédibilité. Toutefois, leurs modalités de mise en place sont très complexes et nécessitent une analyse spécifique à chaque situation. La participation du personnel de santé aux processus décisionnels à tous les niveaux est essentielle si l'on veut mettre en place une stratégie de santé cohérente et fiable. C'est aussi une occasion d'établir ou de maintenir un contact direct et privilégié avec les populations, dont le CICR peut tirer avantage à des fins de protection. Il ne s'agit pas là d'un effet secondaire de l'action des services de santé primaires, mais d'une responsabilité à part entière du personnel de santé.

RÉFÉRENCES

Politique d'assistance du CICR, 29 avril 2004 – Doctrine 49.

«Renforcement des systèmes de santé dans les pays en développement», résolution WHA54.13, 54^e Assemblée mondiale de la Santé, mai 2001.

The Primary Health Care Strategy, Annette King, ministre de la Santé de la Nouvelle-Zélande, février 2001.

«Pourquoi les systèmes de santé sont-ils importants ?», *Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, 2000.

«Services de santé : sont-ils bien choisis et bien organisés ?», *Rapport sur la santé dans le monde*, OMS, 2000.

«*Basic Health Care project in Seleia – West Darfur*», Maïté Pahud, CICR, novembre 2004.

«*Basic Health Care project in Guereida – South Darfur*», Maïté Pahud, CICR, novembre 2004.

Programme de direction du CICR 2003 – 2006.

Health in emergencies, n° 13, juin 2002, OMS – article de Joanna Macrae, Overseas Development Initiative (ODI).

Primary Health Care : A framework for future strategic directions – Draft, OMS, 2003.

Emergency primary health care : IMC [International Medical Corps] Eritrea – Final Report 2000 – 2001.

Mobile Health Units and Mobile Clinics, A revision of the literature, Stéphane du Mortier, CICR, janvier 2005.

« Primary Health care vs. emergency medical assistance : a conceptual framework », Wim Van Damme *et al.*, *Health Policy and Planning* ; 17(1) : 49-60.

«De l'aide d'urgence aux soins de santé primaires. Difficultés, pièges, enjeux», *Médecine tropicale* 1988; 48 : 53-63.

Déclaration d'Alma-Ata : *Alma-Ata 1978 – Les soins de santé primaires*, OMS, Genève, 1978.

Evaluation of the PHC programme in South Sudan, CICR, 2004.

ANNEXE 1 | DÉFINITIONS

1. La santé : une entité, un droit, une responsabilité

La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées¹.

2. Les systèmes de santé

En 2000, l'OMS en a donné la définition suivante :

« Un système de santé inclut toutes les activités dont le but essentiel est de promouvoir, restaurer ou entretenir la santé. »

3. Les soins de santé primaires

Pendant des décennies, les systèmes de santé ont été axés sur les soins dispensés aux malades dans les structures médicales. Avec la Déclaration d'Alma-Ata en 1978, l'OMS a défini une approche selon laquelle l'architecture des systèmes de santé devait mettre l'accent sur les services de santé essentiels – y compris les services de prévention et ceux qui visent à promouvoir la santé – et les rendre accessibles à tous. Aujourd'hui, cette orientation stratégique demeure la base principale sur laquelle s'appuie la construction des systèmes de santé². Quels que soient les environnements politiques et les circonstances, l'accent est mis sur l'accès pour tous à des services de santé essentiels³.

La stratégie des soins de santé primaires (SSP) demeure pertinente, mais doit s'adapter aux problèmes de santé (il n'y avait pas de VIH/sida lorsque la Déclaration d'Alma-Ata a été écrite en 1978), à l'évolution démographique (dans les pays développés, la population âgée pose des problèmes spécifiques), au changement des politiques nationales de santé qui, de plus en plus, tendent à s'appuyer sur le secteur privé, etc.

4. Les interventions médico-sanitaires d'urgence (IMSU)

Les catastrophes naturelles et les conflits armés touchent des populations entières et perturbent gravement le fonctionnement des services de santé primaires. Lorsque la situation sanitaire des populations est critique, des interventions médico-sanitaires d'urgence permettent de fournir dans un laps de temps très court des services de santé primaires essentiels. La manière dont sont fournis ces services ne répond pas forcément aux principes décrits dans les SSP. C'est pourquoi, dans le présent document, les SSP et les IMSU sont décrits comme des stratégies d'intervention différentes ayant le même but : la fourniture de services de santé primaires.

5. Les cliniques mobiles

Elles correspondent à une stratégie visant à fournir des services de santé primaires à des populations qui ont un problème permanent d'accès.

¹ Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946.

² Le Conseil exécutif de l'OMS, à sa 113^e session, en janvier 2004, réitère ses recommandations visant à développer les systèmes de santé basés sur le principe des SSP.

³ Voir la Déclaration d'Alma-Ata à la fin de l'annexe.

6. Les services de santé

Les services de santé correspondent à des activités précises telles que vaccination, éducation à la santé, consultations médicales, mais aussi au regroupement de plusieurs activités – par exemple les services de santé prénataux où l'on va avoir non seulement des consultations prénatales, mais une vaccination contre le tétanos, etc.

Un service de santé a pour finalité la réalisation concrète d'activités par la mise en œuvre de diverses ressources matérielles, humaines et logistiques.

7. Les niveaux primaire et secondaire des services de santé

Le niveau primaire correspond au premier contact des populations avec des services de santé. Ces services sont fournis directement au sein de la population ou dans un périmètre de proximité acceptable.

Le niveau secondaire correspond à tous les services de santé fournis dans un cadre hospitalier.

Cette distinction n'a pas de valeur absolue. Elle a le mérite de définir simplement à quel(s) niveau(x) se situeront les interventions du CICR. De plus, elle correspond à la structure de fonctionnement de l'Unité des services de santé.

8. Le cadre logique

Le cadre logique permet de rassembler dans une matrice les éléments suivants, décrits de manière synthétique :

- la logique d'intervention :
 - objectifs globaux décrivant la perspective dans laquelle l'intervention sera exécutée
 - objectif spécifique à atteindre durant l'intervention
 - résultats : produit des activités entreprises, qui ensemble permettront de réaliser l'objectif spécifique
 - activités : travaux nécessaires pour atteindre les résultats;
- les indicateurs qui permettent d'établir dans quelle mesure les objectifs ont été atteints, et les activités conduites selon des critères de qualité reconnus au préalable;
- les méthodes utilisées pour mesurer les indicateurs;
- les hypothèses sur lesquelles est basé le succès du projet ; ce sont des facteurs externes qui échappent à l'influence directe de l'intervention, mais qui sont importants pour atteindre les résultats et objectifs.

Déclaration d'Alma-Ata

La Conférence internationale sur les soins de santé primaires réunie à Alma-Ata ce douze septembre mil neuf cent soixante-dix-huit, soulignant la nécessité d'une action urgente de tous les gouvernements, de tous les personnels des secteurs de la santé et du développement ainsi que de la communauté internationale pour protéger et promouvoir la santé de tous les peuples du monde, déclare ce qui suit :

I

La Conférence réaffirme avec force que la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socio-économiques autres que celui de la santé.

II

Les inégalités flagrantes dans la situation sanitaire des peuples, aussi bien entre pays développés et pays en développement qu'à l'intérieur même des pays, sont politiquement, socialement et économiquement inacceptables et constituent de ce fait un sujet de préoccupation commun à tous les pays.

III

Le développement économique et social, fondé sur un nouvel ordre économique international, revêt une importance fondamentale si l'on veut donner à tous le niveau de santé le plus élevé possible et combler le fossé qui sépare sur le plan sanitaire les pays en développement des pays développés. La promotion et la protection de la santé des peuples est la condition *sine qua non* d'un progrès économique et social soutenu en même temps qu'elles contribuent à une meilleure qualité de la vie et à la paix mondiale.

IV

Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés.

V

Les gouvernements ont vis-à-vis de la santé des populations une responsabilité dont ils ne peuvent s'acquitter qu'en assurant des prestations sanitaires et sociales adéquates. L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements, des organisations internationales et de la communauté internationale tout entière au cours des prochaines décennies doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive. Les soins de santé primaires sont le moyen qui permettra d'atteindre cet objectif dans le cadre d'un développement empreint d'un véritable esprit de justice sociale.

VI

Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à tous les stades de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire.

VII

Les soins de santé primaires :

- 1.** reflètent les conditions économiques et les caractéristiques socioculturelles et politiques du pays et des communautés dont ils émanent et sont fondés sur l'application des résultats pertinents de la recherche sociale et biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que sur l'expérience de la santé publique;
- 2.** visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet;
- 3.** comprennent au minimum : une éducation concernant les problèmes de santé qui se posent ainsi que les méthodes de prévention et de lutte qui leur sont applicables, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels;
- 4.** font intervenir, outre le secteur de la santé, tous les secteurs et domaines connexes du développement national et communautaire, en particulier l'agriculture, l'élevage, la production alimentaire, l'industrie, l'éducation, le logement, les travaux publics et les communications, et requièrent l'action coordonnée de tous ces secteurs;
- 5.** exigent et favorisent au maximum l'autoresponsabilité de la collectivité et des individus et leur participation à la planification, à l'organisation, au fonctionnement et au contrôle des soins de santé primaires, en tirant le plus large parti possible des ressources locales, nationales et autres, et favorisent à cette fin, par une éducation appropriée, l'aptitude des collectivités à participer;
- 6.** doivent être soutenus par des systèmes d'orientation/recours intégrés, fonctionnels et se soutenant mutuellement, afin de parvenir à l'amélioration progressive de services médico-sanitaires complets accessibles à tous et accordant la priorité aux plus démunis;
- 7.** font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé – médecins, infirmières, sages-femmes, auxiliaires et agents communautaires, selon le cas, ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels – tous préparés socialement et techniquement à travailler en équipe et à répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité.

VIII

Tous les gouvernements se doivent d'élaborer au plan national des politiques, des stratégies et des plans d'action visant à introduire et à maintenir les soins de santé primaires dans un système national de santé complet et à les coordonner avec l'action d'autres secteurs. À cette fin, il sera nécessaire que s'affirme la volonté politique de mobiliser les ressources du pays et d'utiliser rationnellement les ressources extérieures disponibles.

IX

Tous les pays se doivent de coopérer dans un esprit de solidarité et de service en vue de faire bénéficier des soins de santé primaires l'ensemble de leur population, puisque l'accession de la population d'un pays donné à un niveau de santé satisfaisant intéresse directement tous les autres pays et leur profite à tous. Dans ce contexte, le rapport conjoint FISE/OMS sur les soins de santé primaires constitue une base solide pour l'avenir du développement de la mise en œuvre des soins de santé primaires dans le monde entier.

X

L'humanité tout entière pourra accéder à un niveau acceptable de santé en l'an 2000 si l'on utilise de façon plus complète et plus efficace les ressources mondiales dont une part considérable est actuellement dépensée en armements et en conflits armés. Une politique authentique d'indépendance, de paix, de détente et de désarmement pourrait et devrait permettre de dégager des ressources supplémentaires qui pourraient très utilement être consacrées à des fins pacifiques et en particulier à l'accélération du développement économique et social dont les soins de santé primaires, qui en sont un élément essentiel, devraient recevoir la part qui leur revient.

ANNEXE 2 |

CADRE OPÉRATIONNEL

1. L'analyse politique

D'une manière générale, les conflits armés induisent une certaine instabilité des institutions politiques, économiques et socioculturelles. Il est important d'évaluer l'impact de cette instabilité sur le fonctionnement du système national de santé, notamment : le degré de contrôle des autorités sanitaires sur la mise en place et la distribution des services de santé, la pertinence des politiques nationales de santé, les conséquences des conflits armés sur le travail du personnel de santé national.

La stratégie des soins de santé primaires nécessite une certaine stabilité des institutions sanitaires en place, afin d'intégrer les interventions du CICR au niveau des services de santé primaires dans le cadre de la politique nationale de santé. Dans les situations chaotiques, caractérisées par une perte de contrôle des services de santé ou une volonté de ne pas en donner l'accès à certains groupes de population, la stratégie des interventions médico-sanitaires d'urgence peut s'avérer être la seule envisageable.

2. Les crises sanitaires dans les conflits armés

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

On distingue ainsi :

- **la crise émergente et la précrise** : les besoins essentiels sont encore couverts, mais le risque existe qu'ils ne le soient plus;
- **la crise aiguë** : certains besoins essentiels ne sont pas couverts;
- **la crise chronique** : les besoins essentiels ne sont pas correctement couverts et une crise aiguë pourrait ressurgir;
- **l'après-crise** : les besoins essentiels sont couverts par les structures existantes, dont la viabilité reste néanmoins fragile.

Dans les conflits armés, de nombreux facteurs concourent à engendrer un déséquilibre ou accentuer un déséquilibre préexistant. Les déplacements de populations entraînent une rupture du lien entre des populations et leur système de santé habituel. L'insécurité, l'effondrement des systèmes de santé, la fuite du personnel de santé sont aussi quelques-uns des facteurs qui contribuent à donner leur spécificité aux problèmes de santé dans les conflits armés.

3. Conflits armés et crises sanitaires : un cadre dynamique

Plusieurs éléments sont à considérer :

- Il existe une certaine corrélation entre la dynamique des conflits armés et celle des crises sanitaires. Au cours des phases aiguës des conflits armés, les populations risquent davantage de devoir faire face à une situation sanitaire aiguë que pendant les phases de transition. Cependant, l'évolution des crises sanitaires ne suit pas obligatoirement l'évolution « politique » des conflits armés. Les phases de pré-conflit et de conflit chronique peuvent, dans certaines situations, être caractérisées par des crises sanitaires aiguës.
- Le but de l'action de santé est identique quel que soit le degré de la crise sanitaire : rétablir et/ou maintenir un accès aussi large et facile que possible aux services de santé, afin de traiter et de prévenir les problèmes de santé.

La combinaison des analyses politiques et sanitaires est essentielle pour que le CICR puisse décider de la nécessité d'une intervention en faveur de populations en se fondant sur les principes fondamentaux de sa mission.

4. Le choix d'une orientation stratégique institutionnelle basée sur les modes d'action

Le CICR a pour objectif de faire en sorte que les autorités assument leurs responsabilités en faveur des populations touchées par les conflits armés. Pour être à même de répondre à cet impératif, il a développé une stratégie basée sur la combinaison des cinq modes d'action : persuasion, mobilisation, soutien, substitution et dénonciation.

Définition des modes d'action

Persuasion : les démarches du CICR auprès des autorités ont pour but de convaincre celles-ci de respecter l'obligation qui leur incombe de préserver la vie, la santé et la dignité des personnes, des groupes et des populations qui dépendent d'elles.

Mobilisation : le CICR peut mobiliser des tiers¹ qui s'attacheront soit à convaincre les autorités d'assumer leurs responsabilités, soit à agir directement (eux-mêmes) ou indirectement (en apportant un soutien à d'autres) en faveur des populations touchées.

Dénonciation : lorsque les violations du droit international humanitaire sont répétées, le CICR peut, sur la base d'informations pertinentes sur la gravité des violations et en conformité avec sa doctrine², s'engager dans une démarche de dénonciation.

Soutien aux structures/partenaires : le CICR apporte un soutien aux structures et aux partenaires nationaux s'il considère qu'ils constituent un système viable pour assurer l'accès de la population touchée aux biens et aux services essentiels. Ce mode d'action est le meilleur moyen de préserver les structures existantes à long terme. En outre, la collaboration avec les structures et partenaires locaux renforce la pertinence de l'action et peut servir de base à une stratégie de sortie pour l'institution.

Substitution/prestation directe : le CICR se substitue aux autorités et fournit un service direct aux populations touchées. Les critères qui amènent le CICR à prendre cette décision sont le degré d'urgence de la crise sanitaire et le manque de volonté ou de moyens des autorités pour y faire face.

Dans la pratique, plusieurs cas de figure sont possibles. Au mieux, les autorités font face à leurs obligations et le rôle du CICR se limite à suivre l'évolution de la situation pour s'assurer de la continuité de cette « bonne conduite ». Au pire, les autorités, mais aussi les groupes d'opposition lorsqu'ils sont en position de contrôler une population, sont à l'origine des violations des droits des victimes, par exemple en refusant à celles-ci l'accès aux services de santé, en détruisant les structures sanitaires, etc. Entre ces deux extrêmes, plusieurs scénarios sont possibles : les autorités ont la volonté de faire face à leurs responsabilités mais n'en ont pas les moyens ; les autorités en ont les moyens mais pas la volonté. Sur la base de l'analyse qu'il fait de l'attitude des autorités, le CICR définit une stratégie fondée sur la meilleure combinaison possible des modes d'action pour une situation donnée à un moment donné.

5. Le choix d'une stratégie pour la mise en place des services de santé primaires

Ce choix comporte les trois niveaux décrits précédemment, qui sont :

- la sélection des services de santé primaires adéquats pour une situation donnée;
- la détermination d'une orientation stratégique de santé entre IMSU et SSP;
- le choix de modalités pratiques pour fournir les services de santé primaires.

Selon les réponses données à chacun de ces niveaux stratégiques, les interventions comprenant des services de santé primaires prendront des formes très diverses.

¹ Il peut s'agir d'États, d'organisations internationales ou régionales, de compagnies privées, d'individus.

² DOC/15, L'action du CICR en cas de violation du DIH.

6. Définition d'un cadre stratégique général

La définition d'un cadre stratégique général pour la mise en place des services de santé repose sur l'articulation entre la stratégie institutionnelle (les modes d'action) et la stratégie santé, chacune ayant ses propres impératifs et ses contraintes.

La combinaison des cinq modes d'action permet de définir une stratégie institutionnelle qui réponde aux divers contextes, déterminés notamment par l'attitude des autorités ou autres acteurs ayant la responsabilité de dispenser les services de santé primaires aux populations.

Cette notion de responsabilité concernant la prise en charge de la santé des populations a un fondement normatif.

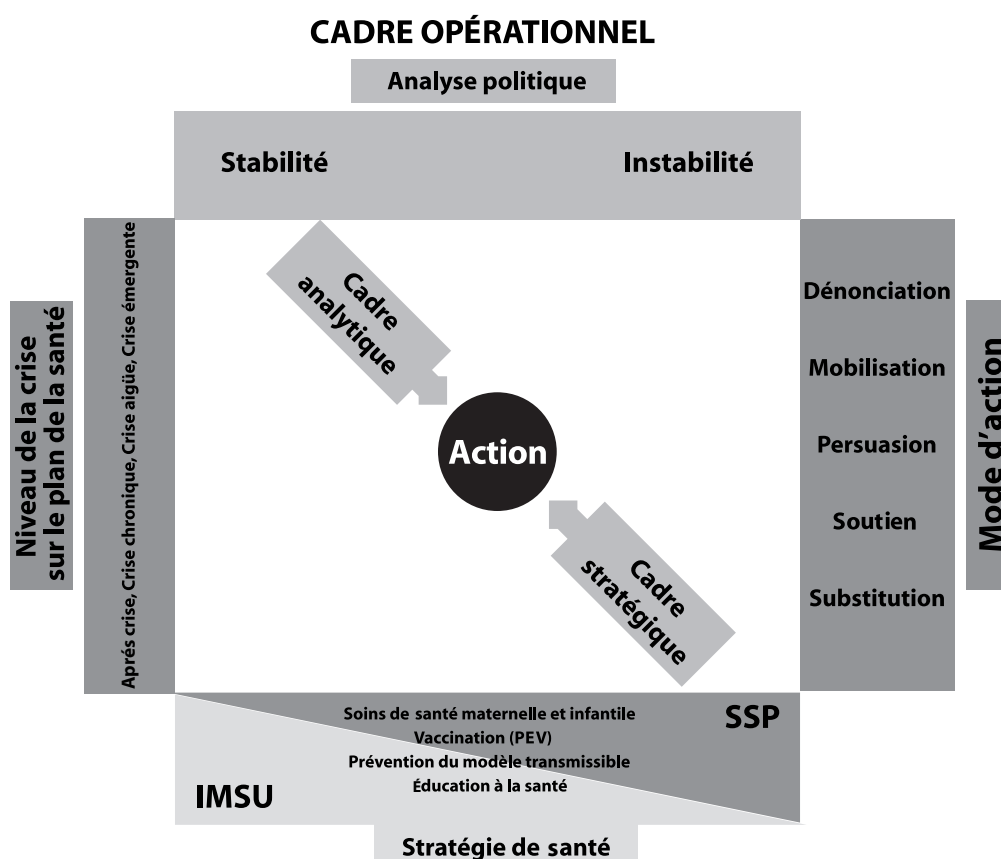
Dans sa Constitution, l'OMS déclare :

« Les gouvernements ont la responsabilité de la santé de leurs peuples ; ils ne peuvent y faire face qu'en prenant les mesures sanitaires et sociales appropriées³. »

De même, la Doctrine 49 du CICR affirme :

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

La mise en commun des cadres analytique et stratégique forme le cadre opérationnel santé.



³ Préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

⁴ Politique d'assistance du CICR – Doctrine 49, page 9.

ANNEXE 3 |

OUTIL CONCEPTUEL

DÉFINISSANT LES ÉTAPES DU

PROCESSUS DÉCISIONNEL

AU CICR (*explication de texte* *de la Doctrine 49*)

1. Les étapes décisionnelles

On distingue cinq étapes qui s'enchaînent :

- le CICR décide d'intervenir dans une situation donnée;
- le CICR prend la décision d'intervenir pour des groupes de population;
- le CICR décide d'une stratégie d'intervention basée sur une combinaison optimale des modes d'action;
- le CICR décide d'une stratégie pour les services de santé primaires ;
- le CICR décide d'une tactique pour la mise en place des services de santé qui ont été retenus.

« L'assistance doit donc toujours être considérée comme faisant partie d'une stratégie globale du CICR. Ceci implique obligatoirement une collaboration étroite entre tous les programmes et tous les échelons décisionnels¹. »

1.1. Première étape décisionnelle : le CICR identifie les situations dans lesquelles il va intervenir

Les références utilisées pour les prises de décisions

Il s'agit clairement de décisions institutionnelles qui s'appuient sur l'analyse politique de la situation et de son adéquation avec les références juridiques (droit international humanitaire [DIH]). D'autres références interviennent aussi, notamment l'Accord de Séville et l'évolution potentielle de la situation.

L'analyse de la situation sanitaire est, elle aussi, importante dans cette prise de décision. On a mentionné qu'il n'y avait pas forcément de corrélation directe entre les crises sanitaires et les crises politiques. Ainsi, une crise sanitaire aiguë peut se produire dans une situation de conflit chronique. Cet élément est déterminant pour un engagement à long terme dans le domaine de la santé.

Les structures décisionnelles

La Direction des opérations et les chefs de délégation jouent un rôle majeur dans les prises de décisions à ce niveau, en s'appuyant sur l'analyse faite par l'Unité des services de santé et le personnel santé sur le terrain.

1.2. Deuxième étape décisionnelle : la décision d'intervenir pour un groupe de population

Les références utilisées pour les prises de décisions

Le choix des groupes de population est basé sur

- les catégories protégées par le DIH;
- le niveau de crise sanitaire tel que défini dans la Doctrine 49, ce qui inclut l'analyse des capacités du système de santé local;
- les critères techniques des interventions sanitaires qui permettent de déterminer la faisabilité d'une intervention dans le domaine de la santé (par exemple, contre la tuberculose);
- la décision d'intervenir pour un groupe de population peut aussi avoir des conséquences sur la possibilité d'intervenir en faveur d'autres groupes de victimes a priori moins accessibles pour le CICR.

¹ Politique d'assistance du CICR, 29 avril 2004 – Doctrine 40.

Les structures décisionnelles

La Direction des opérations et les chefs de délégation jouent un rôle majeur dans les prises de décisions à ce niveau. Le rôle de l'Unité des services de santé et du personnel santé sur le terrain devient crucial : ils apportent une analyse professionnelle sur le degré de crise sanitaire et le fonctionnement des systèmes de santé, ainsi que sur la faisabilité d'une intervention.

1.3. Troisième étape décisionnelle : le choix d'une combinaison de modes d'action

Les références utilisées pour les prises de décisions

Plus que la connaissance des modes d'action, c'est leur mise en application basée sur l'expérience qui est l'élément fondamental pour les prises de décisions à ce niveau. Tous les modes d'action sont des axes stratégiques qui permettent d'atteindre des objectifs au niveau des victimes. Ainsi, par exemple, la persuasion a pour objectif de modifier l'attitude des autorités pour avoir un impact sur la situation des victimes (arrêt des violations portant atteinte à la sécurité physique, meilleur accès aux services de santé primaires). On doit évaluer la pertinence de chacun de ces modes d'action en fonction de son impact potentiel sur les populations. Une stratégie institutionnelle doit donc tenir compte du poids respectif de chacun des modes d'action et de l'évolution de cette donnée avec le temps.

S'il n'y a pas de référence standard dans les diverses combinaisons des modes d'action, on peut dégager certaines tendances basées sur l'analyse des crises sanitaires.

En cas de crise sanitaire aiguë dans le domaine de la santé, lorsque les autorités ont la volonté mais pas les moyens d'y faire face, le CICR adoptera volontiers une approche basée sur la substitution et le soutien, tout en privilégiant la persuasion et la mobilisation pour rétablir les responsabilités à leur juste niveau et favoriser à moyen terme une stratégie de désengagement du CICR.

En cas de crise sanitaire aiguë, lorsque les autorités n'ont ni les moyens ni la volonté d'agir et que le CICR n'a pas accès aux victimes, il va dans un premier temps baser sa stratégie sur la persuasion et la mobilisation diplomatique des acteurs ayant une influence sur la situation, afin d'obtenir l'accès aux victimes. Une fois cet accès acquis, la stratégie va comporter deux axes. Le premier privilégiera la substitution et si possible le soutien (en tenant compte du manque de volonté politique des autorités de subvenir aux besoins des victimes), afin de rétablir l'accès aux services de santé primaires. Le second consistera à persuader les autorités d'assumer leurs responsabilités, afin de les amener à prendre en charge les services de santé. Il est clair que si l'on part d'une attitude hostile des autorités, le chemin risque d'être long avant que ce second axe porte ses fruits.

En situation de précrise sanitaire, le CICR va autant que possible intervenir afin de prévenir une catastrophe humanitaire en soutenant lui-même un système existant ou en mobilisant d'autres acteurs pour le faire.

En situation de crise sanitaire chronique, le CICR s'attache particulièrement à trouver des solutions durables aux problèmes rencontrés et envisage une reprise de ses programmes par les autorités responsables – en renforçant les capacités des services – ou par d'autres acteurs. Dans les cas particuliers où il a une responsabilité résiduelle, le CICR poursuit son action.

La définition d'une combinaison de modes d'action pour une population donnée repose sur

- l'analyse des besoins des victimes;
- la capacité des services de santé nationaux et des services de santé fournis par les autres acteurs;
- l'attitude des autorités, qui peut aller de la violation des droits des victimes à la volonté d'assumer pleinement leurs responsabilités en y mettant les moyens nécessaires.

L'expérience est l'élément clé à ce niveau décisionnel.

Les structures décisionnelles

Les délégations définissent et mettent en place la meilleure combinaison de modes d'action, afin d'optimiser les effets des activités du CICR. Dans une situation donnée, le poids respectif donné par exemple à la persuasion par rapport au soutien ou à la substitution dépend dans une large mesure du degré de crise sanitaire. Le rôle du personnel de santé est donc déterminant pour élaborer la meilleure combinaison stratégique et en suivre l'évolution afin de l'adapter aux changements observés, notamment dans l'attitude des autorités.

1.4. Quatrième étape décisionnelle : définition d'une stratégie pour le programme concerné (Sécurité économique, Eau et habitat, Services de santé)

Références

La définition d'une stratégie pour les programmes d'assistance est basée sur la Doctrine 49 et sur les divers documents propres à chaque unité. À ce niveau décisionnel, ce document sur les services de santé primaires est la référence essentielle.

Les structures décisionnelles

Il est évident que c'est le personnel de la Division assistance qui doit avoir la responsabilité décisionnelle à ce niveau. Les prises de décisions seront plus faciles si le personnel chargé de l'assistance a une connaissance approfondie de l'ensemble de la situation et si les chefs de délégation ont une connaissance suffisante des programmes d'assistance. C'est à ce niveau que l'intersection entre ligne bleue et ligne rouge est la plus évidente.

1.5. Cinquième étape décisionnelle : définition d'un plan d'action pour la mise en œuvre des activités liées au programme

Les références utilisées pour les prises de décisions

La Doctrine 49

- L'eau et l'environnement sanitaire (WATHAB)
- La sécurité alimentaire (ECOSEC)
- Les services de santé

Les références techniques

Cette prise en charge s'appuie sur des références techniques qui existent au CICR (vaccination, paludisme, soins prénataux, tuberculose, etc.), ou sont émises par des organismes normatifs comme l'OMS (lignes directrices pour la prise en charge du choléra, par exemple).

Les structures décisionnelles

Le personnel chargé de l'assistance est responsable des prises de décisions à ce niveau, qui relèvent essentiellement de références techniques. Il faut toutefois noter que l'applicabilité des références techniques dépend du contexte.

2. Le processus décisionnel

2.1. La dynamique du processus décisionnel

La décision finale de s'engager dans des services de santé primaires est le résultat d'un processus décisionnel qui intègre les quatre facettes du cadre opérationnel.

Ainsi :

- a. L'intervention du CICR dans une situation donnée dépend certes de l'analyse politique et juridique de la situation, mais aussi du niveau de la crise sanitaire. Une phase de préconflit n'a pas la même connotation pour le CICR si la crise sanitaire est aiguë ou inexistante.
- b. La définition d'une stratégie institutionnelle dépend à la fois du niveau de la crise sanitaire et de l'attitude des acteurs. Si l'on est dans une crise sanitaire aiguë, le mode d'action le plus pertinent pour rétablir l'accès aux services de santé est a priori une combinaison de substitution et de soutien aux services de santé. Toutefois, cette approche doit tenir compte d'éléments comme l'hostilité des autorités à une intervention du CICR, l'intervention d'autres acteurs humanitaires, etc.
- c. L'orientation stratégique des services de santé entre les interventions médico-sanitaires d'urgence (IMSU) et les soins de santé primaires (SSP) ainsi que le choix des services de santé pertinents dépendent du niveau de la crise sanitaire, de la capacité des populations à s'impliquer dans les services de santé, de la politique nationale de santé et de la combinaison de modes d'action retenue par l'institution.

2.2. La juste utilisation des références

Si le mandat du CICR joue un rôle essentiel dans l'identification des situations qui relèvent du cadre d'action de l'institution, **tel n'est plus le cas lorsqu'il s'agit de choisir des activités de santé : il faut alors mettre l'analyse de la situation sanitaire en parallèle avec la Doctrine 49**. La politique de santé a une place importante dans la définition d'une politique opérationnelle basée sur le choix des modes d'action les plus appropriés.

2.3. La coordination/l'intégration du processus décisionnel

Il est indispensable de coordonner les services de santé entre eux. L'accès à l'eau potable et la lutte contre les maladies transmissibles sont interdépendants. De même, si le CICR agit dans le domaine hospitalier, une coordination est nécessaire pour le transfert et le suivi des patients aiguillés sur un hôpital par les services de santé primaires.

Cette coordination est basée sur une structure dont les objectifs sont les suivants :

- prise en commun des décisions concernant la mise en place de services relevant des trois domaines classiques de l'assistance;
- échange systématique d'informations sur le fonctionnement de ces services;
- analyse des informations en fonction d'indicateurs de santé communs (morbidité, mortalité).

La coordination avec les domaines relevant de l'intégrité individuelle et communautaire (classiquement coordination avec « la protection ») permet de potentialiser l'action du CICR dans ces deux domaines par des échanges d'informations émanant des populations couvertes par les services de santé.

Une définition claire des responsabilités de chacun à chaque niveau du processus décisionnel est impérative.

La responsabilité de cette coordination est du ressort du chef de délégation.

À partir de ces analyses, le CICR est en mesure de prendre les décisions suivante :

- **Décision 1** : le CICR doit-il intervenir dans une situation donnée ?
- **Décision 2** : quelles populations sont concernées par des interventions du CICR dans le domaine de la santé ?
- **Décision 3** : sur la combinaison de quels modes d'action sera basée la stratégie institutionnelle ?
- **Décision 4** : quelle stratégie faut-il suivre pour la mise en place de services de santé primaires et/ou hospitaliers ?
- **Décision 5** : quels services de santé sont concernés ?

Le fait que le CICR ne s'engage pas dans la prise en charge de problèmes de santé n'est pas une absence de décision dans la mesure où cette prise de position est dûment étayée.

