

NORMES TECHNIQUES MINIMALES ET RECOMMANDATIONS POUR LA RÉADAPTATION

Équipes médicales d'urgence



Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation [Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation]

ISBN 978-92-4-251172-7

© Organisation mondiale de la Santé 2017

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

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

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Équipes médicales d'urgence : normes techniques minimales et recommandations pour la réadaptation [Emergency medical teams: minimum technical standards and recommendations for rehabilitation]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>.

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

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

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

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

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

Crédit photographique : Paula Bronstein/FICR

Conception graphique : Inis Communications – www.iniscommunication.com

Imprimé en France.

NORMES TECHNIQUES MINIMALES ET RECOMMANDATIONS POUR LA RÉADAPTATION

Équipes médicales d'urgence



Table des matières

Avant-propos	iv
Remerciements	1
Résumé	3
1. Contexte et champ d'application	6
2. Réadaptation dans le cadre de l'action d'urgence	9
3. Normes techniques et recommandations	10
3.1 Personnel de réadaptation	10
3.2 Équipes de soins spécialisés pour la réadaptation	14
3.3 Établissements de Centre de soins adaptés et réadaptation	15
3.4 Équipements et consommables pour la réadaptation	16
3.5 Accessibilité des hôpitaux de terrain et espaces réservés à la réadaptation	22
3.6 Considérations relatives à la prise en charge des patients	24
3.7 Renforcement des capacités en réadaptation	29
3.8 Gestion de l'information.	29
3.9 Recherche sur l'action d'urgence	30
4. Réadaptation en contexte d'épidémie	31
5. Procédure et méthodes utilisées pour préparer ce document	32
Glossaire	33
Références bibliographiques	36
Annexe 1. Dimensions et pentes pour l'accessibilité des hôpitaux de terrain	39
Annexe 2. Aperçu de la contribution à la réadaptation des EMU par type et considérations spécifiques relatives à la sortie des patients	40
Annexe 3. Exemple de formulaire d'orientation du patient en réadaptation par l'EMU	42
Annexe 4. Ressources	43
Annex 5. Spécialistes externes et personnel de l'OMS ayant participé à l'élaboration de ce document	44

Tableaux

Tableau 1. Récapitulatif des normes techniques pour la réadaptation et des capacités des EMU requises pour satisfaire à la vérification	4
Tableau 2. Récapitulatif des normes techniques pour la réadaptation et des capacités des équipes de soins spécialisés requises pour satisfaire à la vérification.	5
Tableau 3. Classification OMS des équipes médicales d'urgence	7
Tableau 4. Équipements et consommables pour la réadaptation indispensables aux EMU de types 2 et 3 pour satisfaire à la vérification	17
Table 5. Équipements et consommables pour la réadaptation recommandés pour les EMU de types 2 et 3	18
Tableau 6. Équipements et consommables pour la réadaptation recommandés pour les EMU de type 1	20
Tableau 7. Équipements pour la réadaptation indispensables aux équipes de soins spécialisés pour satisfaire à la vérification	20
Tableau 8. Équipements et consommables supplémentaires pour les EMU prenant en charge des patients avec lésion de la moelle épinière	21
Tableau 9. Considérations relatives à la réadaptation en situation d'urgence pour les lésions traumatiques sévères les plus courantes et en cas de handicap préexistant	25

Figures

Figure 1. Évolution dans le temps de la charge de la réadaptation lors de catastrophes soudaines	13
Figure 2. Diagramme d'orientation des patients en réadaptation à l'usage des EMU	27

Avant-propos

Les situations d'urgence, en particulier les catastrophes survenues soudainement, peuvent engendrer une brusque multiplication des lésions traumatiques qui met à rude épreuve les systèmes de santé et laisse dans son sillage son lot de personnes handicapées. Répondre aux besoins des personnes touchées peut se révéler difficile dans des contextes souvent confrontés à des situations d'urgence et dans lesquels les infrastructures de santé et de réadaptation sont limitées. L'initiative de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) visant à mettre en place des équipes médicales d'urgence (EMU) aide les populations dévastées par ces situations grâce à une action médicale rapide, professionnelle et coordonnée assurée à la fois par des équipes nationales et internationales.

La réadaptation est de plus en plus considérée comme une composante indispensable de l'action médicale et des soins centrés sur les patients, comme l'atteste son inclusion dans le document *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disasters (1)*. Ce document, le premier du genre, définit clairement les normes pour la réadaptation et donne des orientations pour créer ou renforcer les capacités des EMU dans ce domaine.

L'importance d'une réadaptation précoce pour obtenir de meilleurs résultats fonctionnels est largement documentée. Les besoins en réadaptation peuvent persister bien après le départ des équipes médicales d'urgence ; il est donc nécessaire d'établir une collaboration étroite et bénéfique avec les services locaux. L'action d'urgence constitue une occasion de reconstruire des systèmes de santé dévastés et de mettre en place des capacités locales pour la réadaptation. Le présent document met l'accent sur l'importance d'adapter les pratiques au contexte local et de maximiser les occasions de formation et d'encadrement. Les normes minimales et les recommandations décrites ici permettront un accès plus rapide des patients aux services et aux équipements de réadaptation et une meilleure transition entre les équipes médicales d'urgence et les établissements de santé locaux.

L'élaboration de ce document repose largement sur un processus consultatif et il est le fruit d'une collaboration entre l'OMS et des spécialistes mondiaux de la réadaptation. Toutefois, comme pour toutes normes minimales, ce document doit être considéré comme un document 'vivant' qui évoluera au cours du temps à mesure que de nouvelles informations et de nouveaux éléments probants émaneront des utilisateurs, des bénéficiaires des services médicaux et de réadaptation en situation d'urgence et des praticiens.

Je tiens à remercier sincèrement toutes les personnes qui ont contribué à ce document, à la fois dans le cadre des groupes de travail officiels et au travers de canaux plus informels. Enfin, je voudrais remercier Jody-Anne Mills qui a accompagné la production de ce document, de sa création à sa publication finale, un accomplissement certain.

Ian Norton
Manager Emergency Medical Teams
Emergency Management and Operations
World Health Organization, Geneva

Remerciements

L'OMS souhaiterait exprimer sa gratitude à toutes les personnes, organisations et organes professionnels qui ont contribué à ce document tout au long de son élaboration. Elle remercie particulièrement le groupe de travail qui a mené à bien ce projet.

Groupe de travail

CBM

Valerie Scherrer

Comité international de la Croix-Rouge (CICR)

Barbara Rau

Michael Rechsteiner/Claude Tardif

Handicap International

Peter Skelton

OMS

Jody-Anne Mills

Participants indépendants

Julian Clausse

James Gosney, Jr

Géraldine Jacquemin

Fiona Stephenson

Réviseurs de l'OMS

Alarcos Cieza, Robert Holden, Ian Norton, Bronte Martin, and Flavio Salio.

Réviseurs externes

Esha Thapa Dhungana, Filipinas G. Ganchoon, Oliver Hagon, Diana Hiscock, Fary Khan, Ilan Kelman, Karen Livingstone, Nelson Olim, Steve Mannion, Angel Vicario Merino, Colleen O'Connell, Nelson Olim, Tony Redmond, Aleema Shivji, Michiel Steenbeek, Harald Veen et Joan Wilson.

Organisations ayant participé à la revue

International Society for Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM)

Société internationale de prothèse et d'orthèse (ISPO)

International Spinal Cord Society (ISCoS)

Rehabilitation International (RI)

Confédération mondiale de physiothérapie (WCPT)

Fédération mondiale des ergothérapeutes (WFOT)

Appui administratif

Rita Appiah

Financement

L'élaboration et la publication de ce document ont été rendues possibles grâce au soutien financier du Ministère espagnol des affaires étrangères et de la coopération.

Résumé

Ce document est le fruit d'une collaboration entre un groupe de travail constitué de spécialistes de la réadaptation convoqué par l'OMS et des consultants externes. Il est donc basé sur une expérience collective de la réadaptation lors des récentes actions d'urgence menées à grande échelle et également sur des données publiées. À terme, les normes minimales pour la réadaptation en situation d'urgence feront partie d'un ensemble plus large de publications basées sur le document *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster* (1). L'objet de ce document est de permettre aux équipes médicales d'urgence (anciennement "équipes médicales étrangères") de créer ou de renforcer leurs capacités et leur travail dans le domaine de la réadaptation dans le cadre de mécanismes de coordination définis. Les normes et les recommandations fournies dans ce document permettront aux EMU, aussi bien nationales qu'internationales, de mieux prévenir les complications chez les patients et les déficiences qui en résultent, et d'assurer une continuité des soins après leur départ de la zone touchée.

Ce document présente les normes minimales pour les EMU en matière de personnel, d'aménagement des hôpitaux de terrain, d'équipements et de consommables pour la réadaptation et de gestion de l'information. En particulier, ces normes préconisent:

- au moins un professionnel de la réadaptation pour 20 lits au moment du déploiement initial, puis davantage en fonction du nombre de cas et des capacités locales en réadaptation;
- l'allocation d'un espace réservé à la réadaptation d'au moins 12 m² pour les EMU de type 3; et
- le déploiement d'EMU disposant au moins des équipements et

Les EMU sont encouragées à aller au-delà des normes minimales décrites dans ce document ; des recommandations supplémentaires sont proposées à cet égard. Toutes les équipes figurant sur la liste mondiale de classification des équipes répondant aux critères de qualité sont tenues d'appliquer les normes techniques minimales pour la réadaptation et devront prouver qu'elles respectent ces normes pour satisfaire à la vérification. Une aide pour parvenir aux normes minimales sera disponible au travers d'un encadrement des EMU, si nécessaire.

Tableau 1. Récapitulatif des normes techniques pour la réadaptation et des capacités des EMU requises pour satisfaire à la vérification

	Type 1	Type 2	Type 3	Page
Configuration de l'équipe	Il est recommandé aux EMU de type 1 fixes ou mobiles d'avoir les capacités d'assurer au moins des services de réadaptation de base en ambulatoire.	Normes techniques minimales L'EMU se déploiera avec au moins un professionnel de la réadaptation pour 20 lits. Ce ratio devra être revu à la hausse en fonction des besoins.		p 12
	Sans objet.	Capacités de l'EMU requises pour satisfaire à la vérification L'EMU est en mesure de fournir une liste de professionnels de la réadaptation prêts à être déployés avec l'équipe ; leur nombre doit être suffisant pour garantir un ratio de 1 professionnel pour 20 lits (l'EMU indiquera sa capacité en nombre de lits) pour la durée prévue du séjour de l'équipe.		
Équipement et matériel	Les EMU de type 1 sont encouragées à se déployer avec les équipements de réadaptation recommandés pour les EMU de type 1.	Capacités de l'EMU requises pour satisfaire à la vérification L'EMU se déploiera avec au moins les équipements et Matériel indispensables pour la réadaptation répertoriés dans le Tableau 4, en quantité suffisante pour deux semaines d'intervention. Sinon, l'EMU démontrera qu'elle a conclu un accord avec une autre EMU ou organisation pour disposer du matériel en cas de déploiement.		p 16-22
	Sans objet.	Demonstration by EMT for verification L'EMU est en mesure de présenter tous les équipements et consommables indispensables pour la réadaptation ou de produire un accord conclu avec une autre EMU ou organisation pour disposer du matériel en cas de déploiement.		
Espace réservé à la réadaptation dans les hôpitaux de terrain	Sans objet.	L'allocation d'un espace réservé à la réadaptation est recommandée, en particulier pour les équipes de type 2 qui prévoient de rester sur place pendant trois semaines ou plus.	Normes techniques minimales L'EMU allouera un espace réservé à la réadaptation d'au moins 12 m ² au sein de l'établissement.	P 22
	Sans objet.	Sans objet.	Capacités de l'EMU requises pour satisfaire à la vérification L'EMU est en mesure de démontrer qu'elle dispose d'une tente d'au moins 12 m ² et d'indiquer son emplacement sur le plan de l'hôpital de terrain.	
Recherche sur la réadaptation dans le cadre de l'action d'urgence	Normes techniques minimales Si une recherche est conduite pendant le déploiement, l'EMU respectera toutes les normes éthiques professionnelles, institutionnelles et nationales relatives à la recherche impliquant des participants humains.			P 30
	Capacités de l'EMU requises pour satisfaire à la vérification La vérification des capacités de l'EMU ne s'applique pas pour cette norme technique minimale. Si une recherche est conduite pendant le déploiement, l'EMU doit être en mesure de présenter les formulaires d'approbation des règles d'éthique et de consentement signés par tous les participants à l'étude (le cas échéant) et par l'établissement de santé concerné			

Tableau 2. Récapitulatif des normes techniques pour la réadaptation et des capacités des équipes de soins spécialisés requises pour satisfaire à la vérification

Équipes de soins spécialisés pour la réadaptation		Page
Configuration de l'équipe	<p>Normes techniques minimales Une équipe de soins spécialisés pour la réadaptation comprendra au moins trois professionnels de la réadaptation. Elle sera pluridisciplinaire et comprendra au moins un physiothérapeute et un professionnel d'une autre discipline de la réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, soins infirmiers de réadaptation).</p>	p 14
	<p>Capacités de l'équipe requises pour satisfaire à la vérification L'équipe est en mesure de fournir une liste d'au moins trois professionnels représentant au moins deux disciplines de la réadaptation (dont l'une est la physiothérapie) qui sont prêts à être déployés rapidement.</p>	
Qualification et expérience	<p>Normes techniques minimales Les professionnels de la réadaptation au sein d'une équipe de soins spécialisés pour la réadaptation posséderont au moins un diplôme de type bachelors ou équivalent dans leur discipline respective et une expérience d'au moins trois ans en réadaptation post-traumatique. Au moins un membre de l'équipe (de préférence le chef d'équipe) possèdera une expérience dans l'action d'urgence et tous les membres de l'équipe auront suivi une formation pour travailler dans les environnements austères.</p>	p 14
	<p>Capacités de l'équipe requises pour satisfaire à la vérification L'équipe est en mesure de fournir des copies des qualifications professionnelles et des déclarations faisant état d'une expérience clinique d'au moins trois ans en réadaptation post-traumatique.</p>	
Équipements pour la réadaptation	<p>Normes techniques minimales Une équipe de soins spécialisés pour la réadaptation sera en mesure de disposer rapidement des équipements répertoriés dans le Tableau 7.</p>	p 15
	<p>Capacités de l'équipe requises pour satisfaire à la vérification L'équipe est en mesure de démontrer qu'elle dispose d'un stock d'équipements pour la réadaptation conforme au Tableau 7 ou qu'elle a pris des dispositions (y compris financières et logistiques) lui permettant de disposer rapidement de ces équipements en cas de déploiement de l'équipe.</p>	
Durée de séjour	<p>Normes techniques minimales Une équipe intégrée à une EMU restera sur place pendant la durée minimum de séjour prévue pour cette EMU (trois semaines pour une EMU de type 2, quatre à six semaines pour une EMU de type 3). Une équipe intégrée à un établissement local prévoira de rester sur place au moins un mois.</p>	p 15
	<p>Capacités de l'équipe requises pour satisfaire à la vérification L'équipe doit annoncer la durée prévue de son séjour (au minimum trois semaines) pour faciliter son placement adéquat au sein d'une EMU ou d'un établissement local en cas de déploiement.</p>	

1. Contexte et champ d'application

Le nombre croissant d'équipes médicales qui interviennent lors de situations d'urgence reflète les bonnes intentions de la communauté humanitaire internationale (1). Néanmoins, l'afflux d'équipes médicales d'urgence engendre des difficultés considérables de coordination, et les interventions d'urgence telles que celles qui ont été menées lors du séisme en Haïti illustrent la nécessité d'améliorer la professionnalisation et la normalisation de l'action d'urgence. Le document *Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster*, (1) ci-après dénomé le document de classification et d'établissement de normes minimales pour les EMU fait partie intégrante de ces efforts; il présente les caractéristiques essentielles des équipes médicales qui interviennent dans les situations d'urgence et qui souhaitent coordonner leur déploiement, en les classant en fonction de leurs capacités: type 1,2,3 ou équipe de soins spécialisés (Tableau 2).

Le nombre de lésions traumatiques et l'exacerbation des affections chroniques qui peuvent survenir lors de situations d'urgence sollicitent considérablement le ministère de la santé et les infrastructures de santé et de réadaptation du pays touché, et peuvent laisser dans leur sillage une lourde charge de handicap pendant des années (2,3). Le document de classification et d'établissement de normes minimales pour les EMU reconnaît que la réadaptation est l'une des principales fonctions des systèmes de soins post-traumatiques dans le cadre des soins de santé ordinaires et, de fait, les EMU doivent disposer de plans spécifiques pour fournir les services de réadaptation nécessaires à leurs patients après une catastrophe survenue soudainement. Au demeurant, l'importance de la réadaptation comme partie intégrante des soins en phase aiguë, notamment dans l'optimisation des interventions chirurgicales et des résultats à long terme pour les patients, et de leur qualité de vie ultérieure, est bien documentée (4-7). Le rapport coût/efficacité de la réadaptation aux niveaux clinique et social – accélérer la récupération et favoriser le retour au travail et à la vie quotidienne – est une autre considération majeure de l'action d'urgence, pour laquelle l'utilisation efficace des ressources est primordiale (6,8-10). Pour autant, les précédentes actions d'urgence ont clairement montré le manque de capacités dans le domaine de la réadaptation, avec des conséquences dévastatrices pour les personnes, les familles et les communautés touchées (5,7,11). Les normes minimales pour la réadaptation à l'intention des EMU sont essentielles pour résoudre ce problème et appuyer une politique internationale majeure en matière de réadaptation; ces normes sont alignées sur la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (12), qui stipule que les personnes handicapées ont le droit d'accéder aux services de santé et de réadaptation en lien avec la santé. En outre, les normes facilitent la mise en œuvre des objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 (13) pour éliminer les obstacles et améliorer l'accès aux services et programmes de santé.

i Le terme 'équipes médicales étrangères' employé auparavant a été officiellement remplacé par 'équipes médicales d'urgence' en 2015 pour refléter le fait que les équipes qui interviennent lors des situations d'urgence peuvent être nationales ou internationales.

Sachant que les besoins en réadaptation persistent souvent après le départ des EMU, les normes et les recommandations contenues dans ce document soulignent l'importance de renforcer et d'utiliser les capacités des prestataires de services locaux pour poursuivre les soins (y compris la fourniture d'aides techniques) et le soutien social des patients atteints de handicap permanent ou à long terme. Les organisations présentes de longue date dans la zone touchée et qui ont de l'expérience dans le développement des capacités sont souvent les mieux placées pour appuyer les services débordés lors des phases d'intervention et de développement qui font suite à une situation d'urgence. Développer les capacités locales est indispensable pour mettre fin au cycle perpétuel du handicap et de la pauvreté que l'on observe dans les pays à revenu faible ou intermédiaire en particulier (14,15).

Les normes techniques minimales et les recommandations présentées dans ce document sont conçues pour améliorer la prédictibilité, la normalisation et l'efficacité de l'offre de réadaptation dans le cadre d'une action d'urgence menée par les EMU. Le déploiement et l'action doivent être strictement alignés sur les besoins de la région touchée, faire participer et appuyer les établissements ou prestataires de services locaux et refléter le profil épidémiologique de l'urgence (1,16). Même si les besoins en équipes médicales internationales et en réadaptation varient considérablement selon les scénarios d'action d'urgence, la réadaptation reste un élément essentiel, surtout dans la mesure où le handicap peut survenir après une vague de lésions traumatiques ou de maladie largement répandue (2).

Tableau 3. Classification OMS des équipes médicales d'urgence

Type	Description	Capacités	Durée minimum de séjour
1 Mobile	Équipes mobiles de soins en ambulatoire: elles accèdent aux plus petites communautés dans des zones reculées.	>50 patients en ambulatoire par jour	2 semaines
1 Fixe	Établissements de soins en ambulatoire avec ou sans tente.	>100 patients en ambulatoire par jour	2 semaines
2	Établissements permettant l'hospitalisation des patients, avec service de chirurgie.	>100 patients en ambulatoire et 20 patients hospitalisés 7 opérations majeures ou 15 opérations mineures par jour	3 semaines
3	Établissements permettant l'hospitalisation et la prise en charge des patients après leur orientation, avec service de chirurgie et prise en charge des patients très dépendants.	>100 patients en ambulatoire, 40 patients hospitalisés, dont 4 à 6 lits réservés aux soins intensifs 15 opérations majeures ou 30 opérations mineures par jour	4–6 semaines
Équipe de soins spécialisés	Équipes en mesure d'intégrer des établissements locaux ou des EMU pour dispenser des soins spécialisés supplémentaires.	Variable	Variable

CHAMP D'APPLICATION

Ce document d'orientation établit les normes minimales pour la réadaptation lors des situations d'urgence proposées dans le document de classification et d'établissement des normes minimales pour les EMU. Ces normes s'appliquent aux situations de catastrophes soudaines, comme les séismes, caractérisées par un nombre important de lésions traumatiques aiguës et une brusque augmentation des besoins en soins de santé qui en découlent. Elles s'appliquent également aux actions d'urgence complexes ou en zone de conflit, même si les schémas des besoins liés aux lésions, aux maladies et à la réadaptation peuvent être différents dans ces situations. Le rôle de la réadaptation dans le cadre d'une riposte à une flambée épidémique est variable; il est abordé à la fin de la section consacrée aux normes techniques (p. 32).

En raison de l'ampleur des besoins en services de santé mentale et de l'impact notable de la santé psychosociale sur le bien-être des personnes et des communautés lors de situations d'urgence, un document d'orientation à l'intention des EMU couvrant ce domaine sera proposé à part. L'inclusion du handicap dans le cadre des présentes normes est envisagée en termes d'accès physique aux services et de considérations relatives à la sortie d'hôpital des patients. Le handicap dans les situations d'urgence est décrit de manière plus complète dans le document de l'OMS intitulé *Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé* (7) et dans d'autres publications. Les procédures de coordination et d'arrivée des EMU ne s'appliquent pas nécessairement aux organisations qui assurent déjà des services de soins dans le cadre d'accords existants avec les pays hôtes, et qui augmentent leurs effectifs pour faire face à la recrudescence soudaine des besoins lors de situations d'urgence.

Le principal but du présent document d'orientation est d'informer les équipes médicales d'urgence nationales et internationales déjà établies ou futures. Ce document est également utile pour:

- les établissements de santé et les prestataires de soins de santé locaux, y compris les organisations internationales et non gouvernementales;
- les coordonnateurs des EMU, y compris les secteurs concernés au sein du ministère de la santé du pays touché; et
- les organismes réglementation professionnelle et les sociétés représentant les travailleurs du secteur de la réadaptation, les donateurs et la communauté mondiale pour la réadaptation.

2. Réadaptation dans le cadre de l'action d'urgence

Le Rapport mondial sur le handicap élaboré par l'OMS (17) définit la réadaptation comme "un ensemble de mesures qui aident des personnes présentant ou susceptibles de présenter un handicap à atteindre et maintenir un fonctionnement optimal en interaction avec leur environnement" (p. 96). La réadaptation cible les fonctions et structures corporelles, les activités, la participation et des facteurs environnementaux et personnels. Cette définition est alignée sur la *Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé* (18), qui présente un cadre conceptuel du fonctionnement et du handicap dans lequel ce dernier est envisagé comme le résultat de l'interaction d'une déficience avec des facteurs environnementaux. Il est important que toutes les personnes participant aux soins des patients, et pas seulement le personnel de réadaptation, aient une bonne compréhension des concepts de réadaptation et de handicap. Ces concepts impliquent la nécessité de fournir une assistance aux patients afin d'obtenir et de maintenir un fonctionnement et une indépendance optimum; dans une situation critique, cela peut impliquer des mécanismes thérapeutiques tels que la mobilisation et la participation active du patient à sa propre prise en charge dès qu'il n'y a plus de danger, la protection des structures corporelles pour prévenir les complications et l'éducation pour acquérir des compétences d'autogestion et de prise de décision (17). Ces activités nécessitent la participation de tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire.

Les situations d'urgence entraînent souvent une détérioration des infrastructures et une perturbation des systèmes de santé, et elles se produisent souvent dans des zones reculées mal desservies. Souvent, les personnes sont déplacées ou vivent dans des abris temporaires mal équipés pour les personnes avec des lésions handicapantes, surtout quand leur mobilité est réduite. Des barrières sociales et culturelles peuvent contribuer à aggraver le handicap. Obtenir les soins de suivi nécessaires et réintégrer la communauté après la sortie de l'hôpital peut se révéler particulièrement problématique dans une situation d'urgence (11,19). Les professionnels de la réadaptation sont bien placés pour surmonter ces difficultés et peuvent améliorer considérablement la prise en charge des patients. De plus, en aidant à planifier la sortie d'hôpital et à identifier les prestataires locaux pour assurer la continuité des soins, les professionnels de la réadaptation peuvent contribuer à établir un parcours adapté et efficace des patients au travers des EMU.

3. Normes techniques et recommandations

Les normes techniques reflètent la priorité des EMU : sauver des vies et prévenir les déficiences et le handicap associé. Elles tiennent compte de l'importance que revêtent une prise en charge continue et durable pour que les patients obtiennent les meilleurs résultats d'une part, et l'orientation des patients vers des services locaux et le renforcement de ces derniers d'autre part. Les normes techniques minimales et les recommandations pour la réadaptation applicables aux EMU sont décrites ci-dessous, accompagnées de suggestions pour leur mise en œuvre et de la justification correspondante. Les normes techniques minimales sont celles qui sont vérifiées lors du processus d'examen par les pairs, et les recommandations sont des suggestions pour améliorer encore davantage l'aptitude des EMU à répondre aux besoins des patients dans le cadre d'une action d'urgence.

3.1 Personnel de réadaptation

Lors de précédentes actions d'urgence, le manque d'intégration de professionnels de la réadaptation dans les EMU et le manque de coordination avec les chirurgiens et les médecins des EMU ont posé problème et compromis une prise en charge centrée sur les patients. Les présentes normes soulignent l'importance d'inclure des professionnels de la réadaptationⁱⁱ dans la prise en charge des patients le plus tôt possible (7,22,23) et de collaborer avec les services présents de longue date dans la région touchée (21).

Les professionnels de la réadaptation qui sont intégrés dans des EMU dès la phase aiguë d'une action d'urgence verront probablement une large éventail de lésions et d'affections, et devront donc posséder l'expérience nécessaire en traumatologie et en réadaptation médicale. Les compétences spécialisées en réadaptation sont d'autant plus nécessaires que le nombre de patients présentant des amputations ou des lésions de la moelle épinière augmente et que des lacunes sont constatées au niveau de la spécialisation clinique; l'EMU doit donc planifier l'inclusion de professionnels qualifiés appropriés pour répondre à ce besoin à l'issue de la phase aiguë de la prise en charge.

Les professionnels de la réadaptation doivent recevoir une formation adéquate avant leur déploiement sur la manière d'exercer et d'adapter leurs compétences à des environnements austères, dans le cadre de la planification et de l'assurance de la qualité. Ils doivent donc être intégrés dans des programmes de formation pluridisciplinaire en fonction des besoins (21,22,24 26).

ii Voir page 35 pour une description des professionnels de la réadaptation.

3.1.1 Compétences requises

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les professionnels de la réadaptation intégrés dans une équipe qui arrive sur place doivent posséder une expérience en traumatologie et en réadaptation médicale et/ou une formation pour travailler dans des environnements austères.
2. Les professionnels de la réadaptation doivent satisfaire aux mêmes critères d'exercice que dans leur pays d'origine (Ordres professionnels et organismes de réglementation de la pratique) et doivent travailler dans les limites du champ de leur exercice. Ceux qui proviennent de pays dans lesquels il n'existe pas de certification professionnelle peuvent exercer sous la direction et sous l'autorité du responsable clinique de leur EMU avec l'approbation du ministère de la santé du pays hôteⁱⁱⁱ.

Type 1: les EMU de type 1 doivent être capables de dispenser des soins de réadaptation de base OU d'orienter les patients vers une EMU appropriée ou un établissement local existant.

Types 2 and 3: les EMU de types 2 et 3, comprenant un ou plusieurs professionnels de la réadaptation, doivent être capable de dispenser de manière autonome des soins de réadaptation aux patients (y compris pédiatriques et gériatriques) présentant:

- une fracture, y compris avec fixation ou traction externe;
- une amputation;
- une lésion nerveuse périphérique; et
- des brûlures, greffes ou lambeaux.

Les EMU de types 2 et 3 doivent être capables d'assurer des soins précoces de réadaptation pour les patients présentant une lésion cérébrale acquise ou une lésion de la moelle épinière en attendant une réadaptation spécialisée.

Compétences essentielles en réadaptation clinique au sein de l'EMU:

- pose d'attelle de base;
 - adéquation de la prescription et formation aux aides techniques;
 - positionnement et mobilisation des patients, y compris la mobilisation précoce;
 - éducation et rééducation des patients et des soignants pour les activités quotidiennes;
 - soutien psychosocial, par exemple premiers secours psychologiques (17); et
 - prise en charge respiratoire^{iv}, y compris techniques d'évacuation des expectorations.
3. Les professionnels de la réadaptation doivent être déployés prioritairement sur la base de compétences essentielles avérées ; toutefois, ceux qui sont déployés au cours des deux premières semaines de l'action doivent posséder au moins deux ans d'expérience clinique, et davantage s'ils travaillent dans une spécialité.
 4. Les EMU sont encouragées à préparer des mandats pour les professionnels de la réadaptation et de définir les rôles de l'équipe avant son déploiement.
 5. Le roulement du personnel de réadaptation est décidé par l'EMU; cependant, il est recommandé de prévoir un séjour minimum de trois semaines pour assurer la continuité des soins, en prévoyant suffisamment de temps pour le transfert des patients.
 6. Des efforts doivent être déployés pour maintenir la cohérence des démarches thérapeutiques des différents professionnels de la réadaptation en s'appuyant sur des lignes directrices, des protocoles et une formation commune préalable au déploiement.

iii Cette disposition entre dans le cadre de l'inexistence avérée de procédures officielles de reconnaissance des qualifications professionnelles dans certains pays, ce qui ne signifie pas nécessairement l'inexistence de personnel de réadaptation expérimenté et compétent. Dans le cas où le ministère de la santé d'un pays hôte n'accepte pas de personnel de réadaptation sans qualifications reconnues, ou qu'il n'y a pas de personnel de réadaptation suffisamment compétent dans le pays, ces équipes doivent prendre contact avec des organisations internationales ou des ONG pour établir un accord de recrutement temporaire de leurs professionnels de la réadaptation.

iv Dans le cadre du présent document, la prise en charge respiratoire fait référence à des interventions de réadaptation visant à faciliter une fonction pulmonaire et une technique de respiration satisfaisantes. Elle peut comprendre des mesures pour aider à libérer les voies respiratoires, améliorer la ventilation, prendre en charge la dyspnée ou optimiser la fonction et la santé cardiorespiratoires. Ces interventions doivent être réalisées conformément aux pratiques en vigueur dans le pays d'appartenance du professionnel.

3.1.2 Configuration de l'équipe

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les EMU de types 2 et 3 doivent se déployer avec au moins un professionnel de la réadaptation pour 20 lits.

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

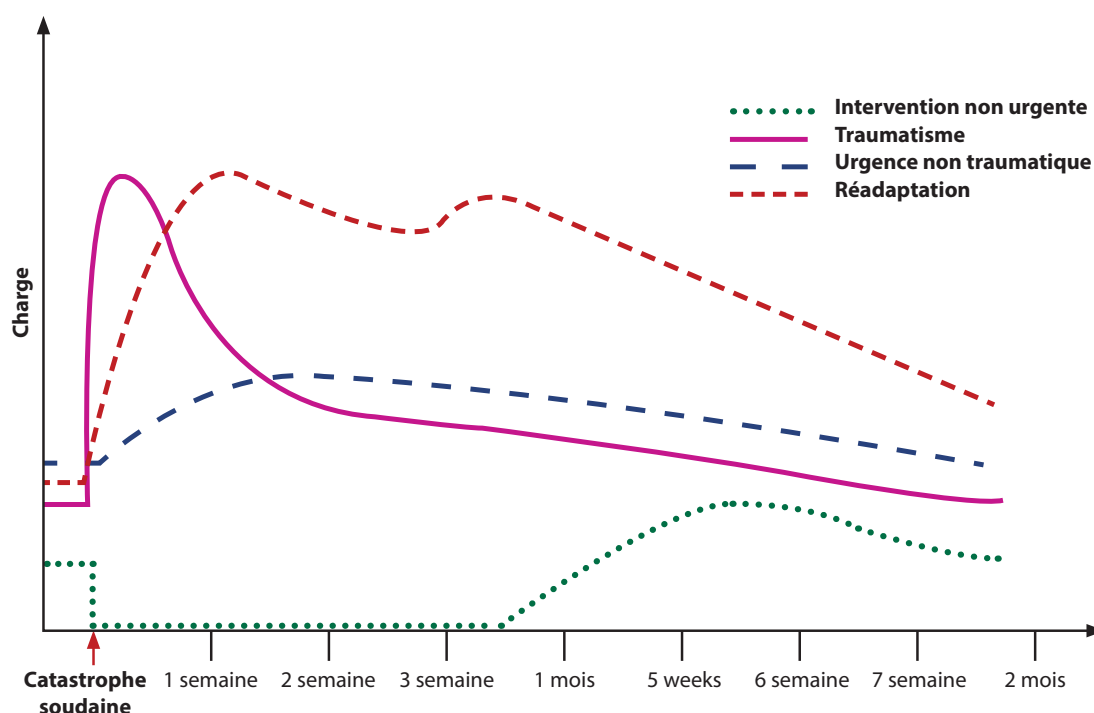
1. Les EMU de types 2 et 3 sont encouragées à améliorer capacité de prise en charge en réadaptation soit en déployant des professionnels de la réadaptation supplémentaires, soit en recrutant du personnel local, selon les besoins (voir les considérations ci-dessous).
2. Les EMU de type 1 sont encouragées à considérer d'inclure des professionnels de la réadaptation à leur équipe.
3. Le personnel infirmier possédant l'expérience requise en réadaptation post-traumatique devrait être mobilisé pour augmenter les capacités en réadaptation des EMU.

Considérations pour le déploiement du personnel de réadaptation supplémentaire

Phase d'action: le nombre de patients augmente au fil du temps, et la planification des sorties d'hôpital peut se révéler chronophage, surtout dans les zones durement touchées par la destruction d'infrastructures ou géographiquement isolées. La sortie des patients ne peut pas toujours être décidée quand ils sont médicalement stables, car ils peuvent avoir besoin d'une réadaptation ultérieure à l'hôpital. Il est probable que la demande de réadaptation en ambulatoire augmente avec le temps, créant des besoins en services supplémentaires et évolutifs. Il convient d'inclure dans les équipes des professionnels avec de l'expérience pendant la phase aiguë de l'action; les personnels moins expérimentés peuvent accompagner leurs collègues plus aguerris pour apporter une aide supplémentaire ou être déployés au cours des phases ultérieures de l'action.

Nombre de cas et nature de l'urgence: les effectifs et les spécialités des professionnels de la réadaptation dans les EMU doivent être guidés par les besoins anticipés à tous les stades de l'action. L'afflux de cas et les vagues de besoins en réadaptation associées suivent différents schémas en fonction des situations d'urgence. Les demandes de réadaptation peuvent aussi évoluer au cours du temps; cela doit être pris en compte dans le déploiement du personnel. Le modèle conceptuel proposé à la Figure 1 montre l'évolution de la charge de la réadaptation lors de catastrophes soudaines. Le pic initial observé des urgences traumatiques et non traumatiques correspond à un pic de la charge de la réadaptation, lequel augmente encore au cours de la période post-aiguë quand des complications surviennent et que les patients sont préparés pour leur sortie d'hôpital.

Figure 1. Évolution chronologique de la charge de la réadaptation lors de catastrophes soudaines (20)



Capacités de réadaptation existantes: il est essentiel que les EMU évitent d'assurer des services de réadaptation déjà existants et qu'elles intègrent plutôt leurs services avec ceux des prestataires de services locaux quand ils existent. Il convient de prendre en compte les niveaux de compétences et l'expérience du personnel local, ainsi que l'infrastructure et les équipements. Quand les capacités locales sont limitées, les EMU peuvent proposer de compléter les services, en orientant leurs efforts vers le développement des capacités locales. Cela permet à la fois d'apporter une aide à la prise en charge des patients et de promouvoir des services de réadaptation pérennes pour les patients qui ont des besoins à long terme après le départ des EMU (16,21).

3.1.3 Pratique pluridisciplinaire

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les EMU sont encouragées à intégrer pleinement le personnel de réadaptation dans l'équipe pluridisciplinaire et à s'assurer qu'il participe aux tournées journalières dans les services et aux consultations.
2. Le personnel de réadaptation doit être impliqué dans la décision d'orienter ou de mettre fin à la prise en charge de tout patient présentant des limitations fonctionnelles importantes, et dans la détermination des besoins en matière de suivi.
3. La formation préalable au déploiement doit mettre l'accent sur la pratique pluridisciplinaire et sur les soins centrés sur le patient.

3.2 Équipes de soins spécialisés pour la réadaptation

Les équipes de soins spécialisés pour la réadaptation sont des équipes nationales ou internationales déployées à la demande du ministère de la santé ou de la cellule de coordination du pays hôte pour s'intégrer dans une EMU ou dans un établissement local afin d'augmenter leurs capacités en réadaptation et d'assurer des soins de réadaptation spécialisés. D'autres équipes de soins spécialisés, par exemple pour les lésions de la moelle épinière, les brûlures ou la mise en place intervention chirurgicale pour lesquels la réadaptation est particulièrement pertinente, doivent se référer aux normes techniques minimales relatives à leur spécialité afin de connaître les compétences en réadaptation exigées pour satisfaire à la vérification. Comme pour la classification et les normes minimales pour les EMU (1), les équipes de soins spécialisés pour la réadaptation doivent respecter les mêmes principes directeurs et normes essentielles que les EMU.

Les normes techniques minimales pour la configuration, la qualification et l'expérience de l'équipe, les équipements nécessaires et la durée du séjour sont décrites ci-dessous. Si les disciplines de réadaptation représentées dans une équipe et les spécialités de ses membres peuvent varier, les équipes doivent au minimum répondre aux exigences en matière de compétences en réadaptation décrites à la section 3.1.1. 'Compétences exigées'.

Avant leur déploiement, les équipes doivent s'efforcer à communiquer avec l'EMU ou l'établissement local qu'elles intégreront afin de répertorier les équipements et les consommables de réadaptation disponibles et ce dont elles auront le plus besoin. En plus des équipements indiqués dans le Tableau 7, les équipes de soins spécialisés pour la réadaptation doivent se déployer munies du matériel d'évaluation et de suivi présenté dans le Tableau 5, et des équipements et consommables propres à leurs spécialités (par exemple des attelles ou des bandages pour les soins des moignons).

Les équipes de soins spécialisés pour la réadaptation doivent déclarer la durée prévue de leur séjour (au minimum trois semaines) à la cellule de coordination des EMU ou au ministère de la santé pour faciliter leur déploiement dans une EMU ou un établissement local appropriés; il leur est demandé de repartir avec l'EMU dans laquelle elles étaient intégrées ou de convenir d'un autre arrangement avec une autre EMU ou un autre établissement local (1).

3.2.1 Configuration des équipes de soins spécialisés pour la réadaptation

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Ces équipes doivent comprendre au moins trois professionnels de la réadaptation.
2. Ces équipes doivent être pluridisciplinaires et comprendre au moins un physiothérapeute et un professionnel d'une autre discipline de la réadaptation (ergothérapie, physiatre et/ou soins infirmiers de réadaptation).

3.2.2 Qualification et expérience

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les professionnels de la réadaptation au sein d'une équipe de soins spécialisés pour la réadaptation doivent posséder au minimum un diplôme de type baccalauréat équivalent dans leur discipline respective et une expérience d'au moins trois ans en réadaptation après lésions traumatiques. Au moins un membre de l'équipe (de préférence le chef d'équipe) devrait posséder une expérience dans l'action d'urgence et tous les membres de l'équipe doivent avoir suivi une formation pour travailler dans les environnements austères.

3.2.3 Équipements de réadaptation

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les équipes de soins spécialisés pour la réadaptation doivent être en mesure de disposer rapidement des équipements répertoriés dans le Tableau 7.

3.2.4 Durée du séjour

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Une équipe intégrée dans une EMU doit rester sur place pendant la durée minimum de séjour prévue pour cette EMU (trois semaines pour une EMU de type 2, quatre à six semaines pour une EMU de type 3). Une équipe intégrée dans un établissement local doit prévoir de rester sur place au moins un mois.

3.3 Établissements de Centre de soins adaptés et réadaptation

Dans le contexte de l'action d'urgence, le concept d' "établissement de soins de transition" correspond à un service hospitalier ayant les capacités de prendre en charge temporairement des patients médicalement stables tout en les préparant à leur retour dans la communauté. Après une situation d'urgence, la demande de services médicaux et chirurgicaux directement liés à l'événement diminue généralement avec le temps, ce qui peut permettre à certaines EMU de convertir leurs hôpitaux de terrain en établissements de soins de transition afin d'utiliser efficacement les ressources. Les équipes qui entreprennent cette conversion ou qui se déploient spécialement à cette fin doivent agir en concertation avec le ministère de la santé ou la cellule de coordination, et prévoir de prolonger leur présence sur le terrain afin de laisser suffisamment de temps aux établissements locaux pour se préparer à poursuivre les soins nécessaires.

Les établissements de soins de transition doivent être en mesure de fournir une aide médicale et infirmière, ainsi que des services de réadaptation, en mettant l'accent sur la préparation des patients présentant des déficiences à long terme, des soignants et du personnel local de réadaptation afin qu'ils puissent gérer les besoins de manière adéquate après le départ de l'EMU. De fait, cela nécessite d'allouer davantage d'espace et de personnel à la réadaptation, ce qui doit être soigneusement pris en compte. Lors du séisme survenu au Népal en 2015, quatre établissements de soins de transition – hôpitaux de terrain et établissements locaux – souvent financés par des partenaires internationaux, ont été utilisés pour assurer des soins de soutien et des services de réadaptation à plus long terme. Ces établissements de soins de transition ont continué de fonctionner pendant plusieurs mois (plusieurs établissements locaux ont servis d'établissements de soins de transition pendant plus d'un an) et étaient essentiellement dotés de médecins physiothérapeutes et d'infirmiers népalais, en mesure d'aider à faire le lien entre les besoins sanitaires et sociaux existants et les services locaux appropriés, le cas échéant.

3.4 Équipements et consommables pour la réadaptation

Le Tableau 4 récapitule les équipements et consommables pour la réadaptation indispensables aux EMU de types 2 et 3 pour satisfaire à la vérification, et les Tableaux 5 et 6 répertorient les équipements et consommables recommandés pour optimiser la prise en charge des patients. Les listes d'équipements et de consommables fournies dans les Tableaux 4 à 6 ne sont pas exhaustives ni nécessairement spécifiques à la réadaptation; certains éléments ont été inclus parce qu'ils sont importants pour la prise en charge des patients, mais il peut arriver qu'ils ne soient pas fournis par les EMU. Les équipes devraient donc faire une vérification croisée avec d'éventuelles autres listes d'équipements et de consommables afin d'éviter des doublons inutiles. Les Tableaux 4 à 6 n'incluent pas le matériel médical et infirmier de base comme les gants et les cathéters; les EMU sont censées fournir ce matériel. Les dispositifs d'aide à la mobilité à long terme sont abordés à la fin de cette section, car la fourniture de tels dispositifs nécessite une réflexion préalable et le recours à des services locaux.

Les quantités indiquées dans les Tableaux 4 et 5 ne sont que des suggestions et sont basées sur la capacité minimale en lits pour les EMU de types 2 et 3 spécifiée dans le document relatif à la classification et aux normes minimales (1): 20 lits pour les EMU de type 2, 40 lits pour le type 3, plus des lits en ambulatoire. Ces quantités, quand elles sont fournies, doivent permettre à une équipe d'être autosuffisante pendant environ deux semaines. Si l'équipe sait qu'elle va dépasser la capacité en lits et/ou qu'elle envisage de rester sur le terrain, les quantités d'équipements et de consommables devront être augmentées en conséquence. Les estimations de quantités d'équipements et de consommables pour la réadaptation nécessaires aux EMU de type 1 ne sont pas fournies car elles varient en fonction de leur taille et de leur capacité à offrir des services de réadaptation, ainsi que de leur statut d'équipe fixe ou mobile.

Quand les EMU fournissent un dispositif d'assistance, comme des béquilles ou un fauteuil roulant, à un patient pour une utilisation temporaire au moment de sa sortie d'hôpital, il est conseillé de convenir d'une politique de retour. Cela permet d'éviter la mise au rebut de dispositifs lorsqu'ils ne sont plus nécessaires.

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les EMU doivent apporter les équipements et consommables indispensables correspondant à leur type (Tableau 4) quand elles se déploient, de manière à être autosuffisantes au moins pendant les deux premières semaines d'intervention. Sinon, elle doivent être en mesure de produire un accord signé avec une organisation pour la fourniture rapide du matériel en cas de déploiement.

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les EMU ne doivent pas s'attendre à ce que les équipements soient fournis par une autre EMU (sauf accord signé) ou par le pays hôte.
2. Le matériel de réadaptation doit être soigneusement choisi en fonction des besoins anticipés, des capacités de l'équipe, des besoins locaux et du nombre de cas attendus.
3. Les fauteuils roulants, les orthèses et les prothèses pour une utilisation à long terme doivent être obtenus auprès d'un fournisseur local, s'il existe; sinon, l'EMU doit se tourner vers le ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte pour se faire conseiller.
4. Les EMU doivent tenir à jour un inventaire des équipements et consommables, et un plan de réapprovisionnement sur la base du nombre de cas pris en charge et de la durée de leur séjour.

Tableau 4. Équipements et consommables pour la réadaptation indispensables aux EMU de types 2 et 3

Matériel	Quantité		Remarques
	Type 2 (pour 20 lits + les lits en ambulatoire)	Type 3 (pour 40 lits + les lits en ambulatoire)	
Fauteuils roulants pour les patients hospitalisés	2	4	Il n'est pas nécessaire de les adapter à chaque patient ; ils doivent être utilisés uniquement pour le transport du patient à l'intérieur de l'établissement.
Paires de béquilles	20 adultes 10 pédiatriques	60 adultes 30 pédiatriques	Prévoir des embouts en caoutchouc supplémentaires et des béquilles à goulotte (souhaitable). Les béquilles doivent être réglables ou disponibles en plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Déambulateurs	4	8	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Matelas anti-escarres <i>À conserver à l'hôpital</i>	4	8	Les matelas doivent être constitués de mousse répondant à des normes élevées. Les dispositifs à air utilisant des pompes (comme les matelas à air alterné) ne conviennent pas pour les EMU en raison des risques liés au surgonflement ou au sous-gonflement, à une alimentation électrique peu fiable ou incompatible et à la maintenance. Les matelas anti-escarres ne se substituent pas au soulagement manuel de la pression et au repositionnement.
Orthèses préfabriquées pour la cheville et le pied	5 droit et 5 gauche pour les pointures 38–45 5 droit et 5 gauche pour les pointures 35–40	10 droit et 10 gauche pour les pointures 38–45 10 droit et 10 gauche pour les pointures 35–40	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Colliers cervicaux rigides réglables	5	10	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Bandages en plâtre de Paris	100	200	Envisager plusieurs tailles: les 10-15 cm sont les plus fréquemment utilisés. Quantité suffisante pour la contention et le moulage.
Scies à plâtre	1	1	
Écarteurs à plâtre	1	1	
Écharpes			Adapté au soutien et à l'élévation temporaires des membres supérieurs.
Bandages de compression pour moignon	10	20	Adapté à l'amputation des membres supérieurs ou inférieurs.
Bandages de compression tubulaires			Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Bandages de compression			Envisager plusieurs tailles adaptées aux membres supérieurs et inférieurs.
Spiromètre d'incitation	Souhaitable	1 portatif et embouts buccaux uniques pour chaque patient	

Tableau 5. Équipements et consommables pour la réadaptation recommandés pour les EMU de types 2 et 3

Matériel	Quantité		Remarques
	Type 2 (pour 20 lits + les lits en ambulatoire)	Type 3 (pour 40 lits + les lits en ambulatoire)	
Support pour moignon	3	6	Les supports peuvent être fabriqués ou achetés dans le pays hôte. Dans le cas où ils seront fabriqués, il peut être utile de disposer d'un modèle préfabriqué pour s'assurer qu'ils seront correctement conçus.
Planches de transfert des patients d'un fauteuil à un lit et d'un lit/chariot brancard à un lit	1	2	
Relève-jambe pour fauteuils roulants	1	2	À prévoir pour les membres inférieurs gauches et droites. Envisager plusieurs tailles pour les fauteuils roulants.
Chaises percées (douche/toilettes)	1	2	Chaise étanche avec une ouverture au niveau de l'assise qui sert de toilettes et d'aide pour la douche.
Fauteuils roulants pour la sortie des patients	4	8	Ils doivent être conformes aux normes ISO7176 et adaptés à chaque patient, mais pas faits sur mesure. Tous les fauteuils roulants doivent être munis au minimum d'un coussin et de préférence un modèle anti-escarres (mousse ou gel répondant à des normes élevées) si le patients est à risque d'escarres.
Coussins anti-escarres pour fauteuils roulants	Adapter la quantité au nombre de fauteuils roulants	Adapter la quantité au nombre de fauteuils roulants	Leur nombre et leur dimension dépendront des fauteuils roulants. Prévoir des coussins anti-escarres de qualité (constitués de mousse et/ou de gel répondant à des normes élevées) pour les patients à risque d'escarres. Les coussins à air ne sont pas recommandés en raison des risques liés au surgonflement ou au sous-gonflement et à la maintenance. À prescrire associé à une formation de l'utilisateur aux techniques de soulagement des points de pression.
Oreillers supplémentaires pour le positionnement <i>À conserver à l'hôpital</i>			À compléter éventuellement avec des blocs ou des cales en mousse. Essayer d'obtenir des oreillers supplémentaires du pays hôte une fois sur le terrain.
Draps de transfert <i>À conserver à l'hôpital</i>	10	20	Un drap de transfert ne doit pas être utilisé pour plusieurs patients.

Matériel	Quantité		Remarques
	Type 2 (pour 20 lits + les lits en ambulatoire)	Type 3 (pour 40 lits + les lits en ambulatoire)	
Atelles préfabriquées pour poignet et attelles de positionnement (orthèses palmaires)	10	20	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Kit attelles <i>Feuilles thermoplastiques</i> <i>Pistolet thermique</i> <i>hauffe-eau portatif (récipient)</i> <i>Velcro (sangle adhésive et boucle non adhésive)</i> <i>Ciseaux pour attelles</i> <i>Colle néoprène</i> <i>Rembourrage</i>	1 kit	1 kit	Envisager plusieurs thermoplastiques. S'assurer que le pistolet thermique est compatible avec l'alimentation électrique du pays. Comprend du matériel pour attelles dynamiques si un professionnel qualifié est disponible pour les confectionner, par exemple : crochets, bandes élastiques, fil de nylon.

En plus du matériel ci-dessus, les professionnels de la réadaptation doivent avoir accès au matériel d'évaluation et de surveillance suivant:

- stéthoscope;
- tensiomètre;
- marteau à réflexe;
- goniomètre (adapté à la mesure de grandes articulations; envisager un goniomètre supplémentaire pour la mesure des articulations de la main et du poignet);
- mètre ruban (pour mesurer les œdèmes entre autres).

Tableau 6. Équipements et consommables pour la réadaptation recommandés pour les EMU de type 1

Matériel	Remarques
Paires de béquilles	Prévoir des embouts en caoutchouc supplémentaires et envisager également des béquilles à gouttière. Envisager des béquilles réglables et de plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Déambulateurs réglables	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Bandages en plâtre de Paris	Envisager plusieurs tailles : les 10-15 cm sont les plus fréquemment utilisés.
Fauteuils roulants	Ils doivent pouvoir être utilisés temporairement dans la communauté. Essayer de convenir d'une politique de retour du matériel avec les patients.
Cannes	Prévoir des embouts en caoutchouc supplémentaires. Prévoir plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques. Si elles ne sont pas réglables, utiliser une scie pour les couper à la bonne longueur.
Scies et écarteurs à plâtre	
Bandages de compression tubulaires	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Attelles préfabriquées pour poignet	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Orthèses préfabriquées pour cheville et pied	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Colliers cervicaux réglables	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques.
Bandages de compression	Envisager plusieurs tailles adaptées aux membres supérieurs et inférieurs.
Bandes d'exercice élastiques	Envisager plusieurs forces. Prévoir une quantité suffisante pour une distribution individuelle aux patients.

Tableau 7. Équipements pour la réadaptation indispensables aux équipes de soins spécialisés pour satisfaire à la vérification

Item	Quantity	Notes
Paires de béquilles	30	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques. Envisager également des béquilles à gouttière. Il faudra éventuellement se procurer des paires de béquilles supplémentaires sur place ou dans le stock de l'équipe.
Fauteuils roulants pour la sortie des patients	10	Les fauteuils roulants pour la sortie des patients doivent respecter les normes ISO de qualité ^v . Envisager des fauteuils roulants avec éléments réglables. Il faudra éventuellement acheter sur place ou dans le stock de l'équipe des fauteuils roulants supplémentaires.
Matelas anti-escarres	4	Voir la remarque relative aux matelas anti-escarres dans le Tableau 4. Il faudra éventuellement se procurer des matelas supplémentaires sur place ou dans le stock de l'équipe.
Déambulateurs réglables	4	Envisager plusieurs tailles, y compris pour les patients pédiatriques. Il faudra éventuellement se procurer des déambulateurs supplémentaires sur place ou dans le stock de l'équipe.

v http://www.iso.org/iso/iso_catalogue/catalogue_tc/catalogue_tc_browse.htm?commid=53792

Remarque : les normes relatives aux fauteuils roulants électriques ne s'appliquent pas ici. La conformité aux normes ISO peut être confirmée avec le fabricant de fauteuils roulants.

Tableau 8. Équipements et consommables supplémentaires pour les EMU prenant en charge des patients avec lésion de la moelle épinière

Matériel	Quantité par patient avec lésion de la moelle épinière (2 mois)	Remarques
Ceintures abdominales	1 par patient	En différentes tailles. En prévoir sur place si nécessaire.
Bas de contention	3 paires par patient	En différentes tailles. Compression adaptée aux patients avec lésion de la moelle épinière.
Cathéters	Sonde à demeure : 4 par patient Intermittent : 24 60 par patient	Taille 12 pour les femmes Taille 14 pour les hommes Taille 8 pour les enfants
Poches à urine	Poche d'uromètre : 1 par patient Poche de recueil d'urine : 10 par patient (à changer chaque semaine) Poche de jambe : 10 par patient	
Lubrifiant	Pour les soins intestinaux et l'insertion des cathéters : 250 par patient en sachets à usage unique ou 2 tubes par patient par semaine	
Suppositoires à la glycérine	120 par patient	
Miroir à main	1 par patient	Sert à prévenir et à surveiller les escarres et le cathétérisme intermittent chez la femme.
Matériel d'évaluation des capacités sensitives et motrices	1 par équipe	

Les patients présentant une lésion de la moelle épinière peuvent être pris en charge pendant une durée variable par des équipes de types 2 ou 3 ou par des équipes de soins spécialisés intégrées dans une autre EMU ou dans un établissement de santé local. Les capacités des équipes étant variables selon le type d'équipe, les quantités dans le Tableau 8 sont indiquées par patient.

Considérations relatives à la fourniture d'aides techniques à la mobilité

De nombreux patients nécessiteront une orthèse, une prothèse ou un fauteuil roulant (ci-après appelés collectivement "aides techniques à la mobilité") pendant le reste de leur vie. Ces aides doivent donc répondre aux besoins et à l'environnement de l'utilisateur, procurer une sensation de confort, d'alignement et de soutien satisfaisants qui respectent les principes biomécaniques relevant du bon sens, et enfin être sûres, durables, abordables et susceptibles d'être maintenues dans le pays d'utilisation (27-29). Les aides techniques à la mobilité doivent toujours être fournies accompagnées de la réadaptation physique et de la formation appropriées. Il est donc préférable que celles qui sont destinées à un usage à long terme soient fournies localement par des services en mesure de les adapter au contexte local et qui restent disponibles pour assurer un suivi, notamment la maintenance et/ou le remplacement. Si un patient nécessite une aide technique à long terme, le professionnel de la réadaptation doit orienter le patient vers un fournisseur local (conformément aux pratiques en vigueur dans le pays hôte) et planifier une évaluation et une prescription le plus tôt possible (voir la Figure 2). S'il n'existe pas de services locaux, l'EMU doit demander conseil auprès du ministère de la santé ou de la cellule de coordination.

On peut parfois avoir besoin d'aides techniques à la mobilité temporaires, par exemple pour faciliter une sortie d'hôpital en douceur et en temps utile. Dans ces situations, les aides techniques doivent être adaptées au mieux aux besoins de l'utilisateur, c'est à dire qu'elles doivent être correctement ajustées, manipulables par l'utilisateur (si la personne en est capable) et utilisables dans l'environnement de ce dernier. La fourniture ultérieure d'une aide technique appropriée à long terme doit être planifiée largement à l'avance.

3.5 Accessibilité des hôpitaux de terrain et espaces réservés à la réadaptation

Un hôpital de terrain ou un établissement modifié pour les personnes à mobilité réduite sont bénéfiques pour les patients, leurs soignants et le personnel de santé. Les environnements sans obstacles favorisent le retour à l'autonomie et réduisent les sollicitations du personnel infirmier et des soignants. Les aménagements nécessaires pour assurer une mobilité et une manœuvrabilité indépendantes dans les structures fixes s'appliquent généralement aussi aux structures temporaires. Pour obtenir des indications plus détaillées sur l'accessibilité d'un environnement physique, consulter les références 30- 32.

Dans une certaine mesure, les interventions de réadaptation peuvent avoir lieu dans l'espace lit du patient; toutefois, quand cet espace est réduit et que les patients séjournent dans un l'hôpital de terrain pendant plusieurs jours ou semaines, il est important de disposer d'un espace dédié supplémentaire pour que les professionnels de réadaptation puissent travailler avec les patients et pour permettre la mobilisation.

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les EMU de type 3 doivent prévoir un espace pour la réadaptation d'une surface minimum de 12 m² au sein de leur structure.

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les EMU de type 2 qui prévoient de rester sur le terrain pendant trois semaines ou plus doivent prévoir un espace pour la réadaptation d'une surface minimum de 12 m² au sein de leur structure.
2. Toutes les EMU doivent s'efforcer de maximiser l'accessibilité physique de leur structure en appliquant les mesures suivantes:

Mesures générales

- Les voies d'accès aux lieux fréquentés par les patients (latrines, par exemple) doivent être planes ou munies d'une rampe si nécessaire, et le sol doit être tassé ou nivelé pour faciliter un accès sûr et indépendant aux personnes à mobilité réduite – celles qui utilisent un fauteuil roulant ou des béquilles, les personnes âgées et les femmes enceintes;
- Au moins une latrine doit être accessible à la fois aux hommes et aux femmes pour permettre à un soignant du sexe opposé d'entrer avec un patient;
- Les rampes d'accès doivent présenter une pente de 1:20 et être équipées d'une main courante placée à une hauteur de 85-95 cm (ajustée sur la taille moyenne de la population);
- La largeur de toutes les portes doit être de 90 cm. Dans la mesure du possible, il est préférable d'utiliser des portes coulissantes; sinon, prévoir une ouverture des portes vers l'extérieur.

Toutes les sorties de secours doivent être dégagées.

Les établissements de soins adaptés doivent faciliter le retour des patients à leur environnement domestique en veillant à ce que les services, comme les latrines, les douches et les salles d'eau, soient aussi semblables que possible à ceux qui existent dans le pays hôte. Ils doivent être adaptés de manière à maximiser l'indépendance et la sécurité des patients. Il convient d'envisager de mettre en place ces mêmes adaptations à leur domicile, de préférence en sollicitant une organisation locale.

Latrines

- La surface minimum d'une latrine doit comprendre un cercle de 150 cm pour pouvoir manoeuvrer complètement un fauteuil roulant (les dimensions ISO sont de 80 x 130 cm);
- Des barres de préhension doivent être installées à une hauteur de 85-95 cm du sol;
- Les latrines, les chaises percées et autres assises adaptées doivent se situer à une hauteur de 45-50 cm du sol et à une distance de 45-50 cm du mur sur lequel est installée la barre de préhension;
- Les lavabos doivent se situer à une hauteur de 65-70 cm du sol et s'étendre sur 35-45 cm à partir du mur.

Portes

- Les dispositifs fonctionnels placés sur les portes, comme les leviers et les poignées, doivent pouvoir être aisément saisis d'une seule main.

Douches et salles d'eau

- Les douches et les salles d'eau doivent être munies d'une assise placée à une hauteur de 45-50 cm et positionnées de manière à permettre un accès facile au pommeau de douche ou au robinet;
- Une barre de préhension doit être placée sur le mur situé en face de l'assise et autour du mur opposé à une hauteur de 85-90 cm.

3.6 Considérations relatives à la prise en charge des patients

L'organigramme relatif à la sortie d'hôpital et à l'orientation des patients à l'usage des EMU, illustré à la Figure 2, peut aider à optimiser le suivi et les résultats des patients. Planifier la sortie d'hôpital dès le début de la prise en charge, y compris prendre des dispositions avec la famille et identifier les besoins en matière d'orientation du patient, peut faciliter une sortie sans risque et en temps utile. En outre, une communication systématique avec le ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte et avec d'autres structures permettra d'identifier les lacunes à combler au niveau des services.

Remplir soigneusement les formulaires d'orientation des patients en réadaptation, qui contiennent les informations relatives aux aides techniques, à l'état fonctionnel et aux exigences de suivi, contribue à faciliter la transmission des informations clés concernant le patient nécessaires pour la continuité de la prise en charge (22,25,35). La Figure 2 montre à quel moment un formulaire d'orientation du patient en réadaptation est nécessaire. Un spécimen de ce formulaire est fourni en annexe 3 (une copie peut être téléchargée à partir du site Web des EMU et modifiée selon les besoins).

3.6.1 Considérations relatives à la réadaptation par type de lésion

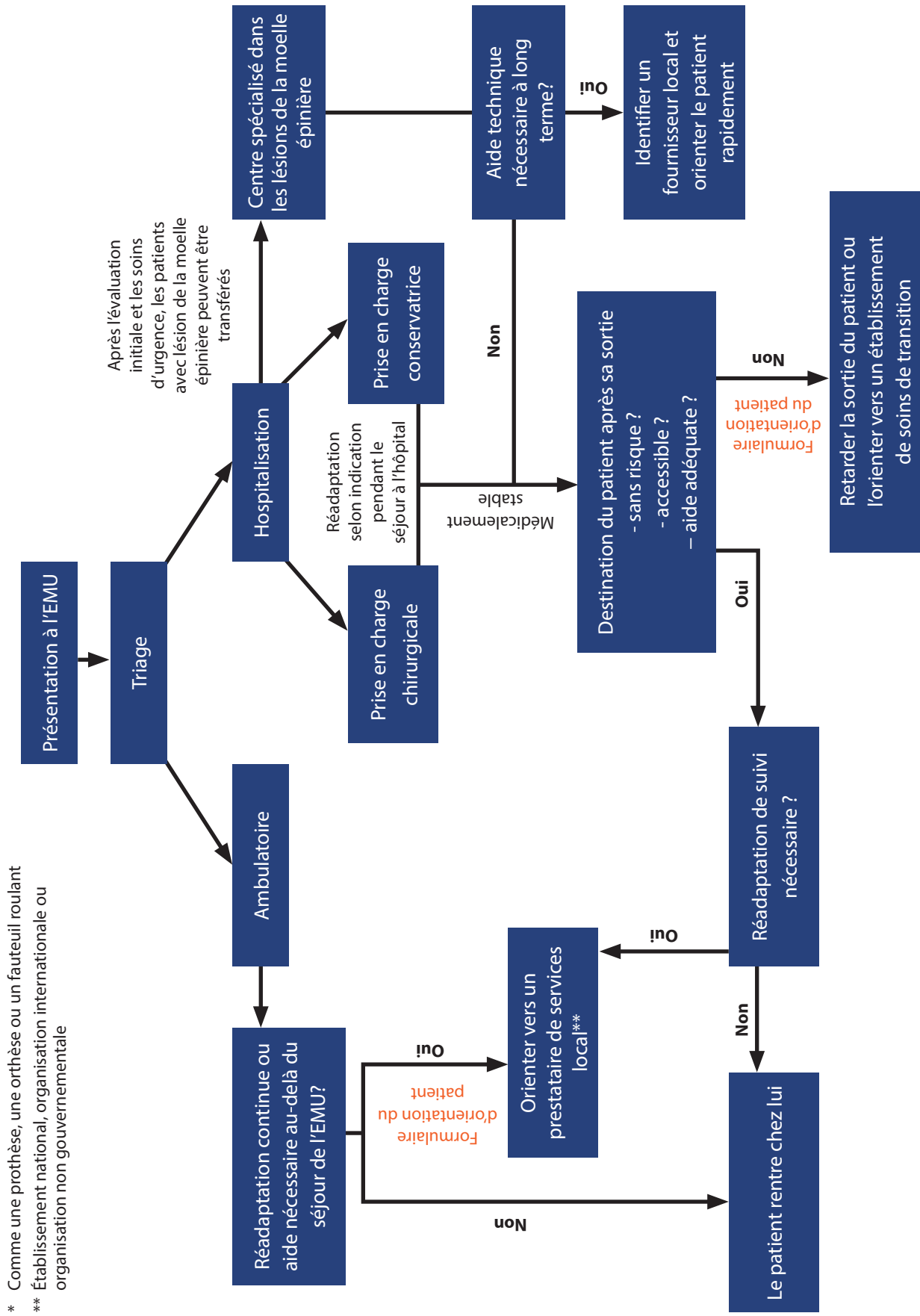
Le Tableau 9 présente des considérations clés relatives à la réadaptation pour les lésions traumatiques les plus courantes prises en charge par les EMU et en cas de handicap préexistant. La réadaptation à mettre en place par type de lésion et par type d'EMU est présentée à l'annexe 2.

Tableau 9. Considérations relatives à la réadaptation en situation d'urgence pour les lésions traumatiques sévères les plus courantes et en cas de handicap préexistant

Patients avec lésions de la moelle épinière	
<p>1. Le ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte doivent être informés de tous les patients chez lesquels on suspecte une atteinte de la moelle épinière au travers du système de notification établi.</p> <p>2. Les EMU sont encouragées à identifier rapidement les possibilités de transfert sans risque des patients présentant des lésions importantes de la moelle épinière, afin qu'ils soient pris en charge dans un centre spécialisé disposant de personnel de réadaptation expérimenté.</p> <p>3. Les personnes qui nécessitent un fauteuil roulant à long terme doivent être rapidement orientées vers des fournisseurs locaux.</p> <p>4. Le soutien d'autres personnes avec des lésions de la moelle épinière peut être bénéfique ; il faut donc se mettre en relation avec les organisations locales oeuvrant pour les personnes handicapées et les programmes de réadaptation à base communautaire après la phase aiguë.</p>	<p>Justification</p> <p>La prise en charge des patients présentant une lésion de la moelle épinière dans des centres spécialisés diminue les complications et la durée de séjour (4). Le ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte peuvent aider à trouver des centres prenant en charge ce type de lésions ou des équipes de soins spécialisés.</p>
Patients amputés	
<p>1. Dans la mesure du possible, la réadaptation doit être discutée avant l'opération afin de mieux comprendre les implications du degré d'amputation pour l'adaptation et l'utilisation d'une prothèse.</p> <p>2. La prise de contact avec les fournisseurs de prothèses et la prescription des aides techniques appropriées doivent être faits le plus tôt possible 1.</p> <p>3. Le soutien d'autres personnes amputées peut être bénéfique; il faut donc se mettre en relation avec les organisations locales oeuvrant pour les personnes handicapées et les programmes de réadaptation à base communautaire après la phase aiguë.</p>	<p>Justification</p> <p>La prescription d'aides techniques appropriées favorise l'indépendance et facilite la sortie d'hôpital du patient. L'absence d'une réadaptation adéquate dans le cadre de la prise en charge d'une amputation peut entraîner des contractures et autres complications susceptibles de retarder l'adaptation d'une prothèse, délimiter les performances fonctionnelles et parfois de nécessiter une intervention chirurgicale ultérieure (33).</p>
Patients avec lésions cérébrales traumatiques	
<p>1. Les changements cognitifs et neurologiques doivent être surveillés par des évaluations régulières et documentées.</p> <p>2. En fonction de la durée de l'hospitalisation et des besoins en réadaptation prévus, il convient de prévoir sans attendre les possibilités d'orientation du patient vers un établissement de soins de transition et d'identifier les prestataires de services de réadaptation et les réseaux de soutien.</p> <p>3. Si l'on anticipe des déficits de mobilité durables, il convient d'identifier rapidement un fournisseur d'aides techniques à la mobilité.</p>	<p>Justification</p> <p>Dans les situations d'urgence, les lésions cérébrales traumatiques légères peuvent passer inaperçues, du fait que l'attention soit dirigée vers les lésions davantage visibles. Les lésions cérébrales traumatiques sévères sont rares car les taux de survie sont faibles. Néanmoins, quand le matériel de ventilation est immédiatement disponible, les personnes présentant des lésions cérébrales aiguës peuvent survivre. Elles nécessiteront une longue réadaptation tout au long de la prise en charge et peut-être pendant des mois ou des années. Un plan pour les soins de suite et des liens avec les prestataires de services locaux sont donc nécessaires.</p>

Patients avec lésions cérébrales traumatiques (suite)	
<p>1. Les EMU doivent identifier les possibilités d'orienter les patients vers la microchirurgie dans les cas où elle est jugée bénéfique.</p> <p>2. Pour les patients avec des lésions nerveuses durables ou permanentes, il faut envisager leur fournir une orthèse, à se procurer auprès d'un fournisseur local pour remplacer un éventuel dispositif temporaire fourni par l'EMU.</p>	<p>Justification</p> <p>Les orthèses peuvent nécessiter un entretien ou un renouvellement continu tout au long de la vie du patient et doivent souvent être confectionnés sur mesure. Elles doivent donc être obtenues auprès d'un fournisseur local (27,28).</p>
Patients avec fracture	
<p>1. Quand un patient hospitalisé sort de l'hôpital, il faut clairement lui communiquer et documenter les restrictions relatives au port de charges et les plans de suivi comme le retrait d'un plâtre ou d'un fixateur externe, et obtenir de lui un numéro de téléphone pour les communications ultérieures.</p>	<p>Justification</p> <p>Lors de précédentes actions d'urgence, de nombreux patients ont été perdus de vue après leur retour au sein de la communauté. Les patients immobilisés pendant de longues périodes peuvent développer des complications importantes, comme des contractures ou une ossification articulaire. Les patients doivent donc recevoir des informations claires sur les plans de suivi et les conséquences s'ils ne reçoivent pas les soins en temps utile (1,23).</p>
Patients avec brûlures	
<p>1. La réadaptation doit commencer pendant la phase la plus aiguë de la prise en charge. Dans le cas de brûlures par inhalation, la prise en charge respiratoire comme la kinésithérapie respiratoire doit commencer le tout premier jour.</p> <p>2. Lorsqu'on estime que la cicatrisation peut avoir des répercussions fonctionnelles à long terme, le patient doit être orienté vers une prise en charge spécialisée appropriée, y compris la réadaptation.</p> <p>3. Les EMU doivent chercher à identifier des prestataires de services locaux en mesure d'assurer un suivi à long terme (18 mois au plus) pour les patients gravement brûlés (au deuxième ou troisième degré), en particulier quand les articulations sont touchées, au niveau du visage ou au niveau de la main.</p> <p>4. Dans la mesure du possible, un spécialiste de la réadaptation compétent dans la pose d'attelles et la prise en charge des cicatrices, y compris les pansements compressifs, doit s'occuper des patients gravement brûlés.</p>	<p>Justification</p> <p>Les soins de réadaptation spécialisés sont particulièrement importants dans la prise en charge des patients gravement brûlés en raison de l'impact critique que peuvent avoir le positionnement et le soin des plaies sur les capacités fonctionnelles du patient à long terme. La douleur et la contraction de la peau peuvent induire le patient à rester dans des positions de flexion susceptibles de compromettre l'amplitude des mouvements au fil de la maturation des cicatrices. Le processus de maturation des cicatrices peut durer jusqu'à deux ans ; c'est pourquoi il est impératif d'envisager un suivi à long terme (34).</p>
Patients avec lésions nerveuses périphériques	
<p>1. Les EMU doivent identifier les possibilités d'orienter les patients vers la microchirurgie dans les cas où elle est jugée bénéfique.</p> <p>2. Pour les patients avec des lésions nerveuses durables ou permanentes, il faut envisager de leur fournir une orthèse, à se procurer auprès d'un fournisseur local pour remplacer un éventuel dispositif temporaire fourni par l'EMU.</p>	<p>Justification</p> <p>Les orthèses peuvent nécessiter un entretien ou un renouvellement continu tout au long de la vie du patient et doivent souvent être confectionnés sur mesure. Elles doivent donc être obtenues auprès d'un fournisseur local (27,28).</p>
Patients avec handicap préexistant	
<p>1. Les EMT doivent veiller à ce que les personnes avec un handicap préexistant soient triées en fonction de leurs besoins sanitaires et orientées vers les services appropriés le cas échéant, comme un service d'aide sociale ou de fourniture d'aides techniques.</p>	

Figure 2. Trajectoire de service pour la prise en charge en réadaptation EMU



* Comme une prothèse, une orthèse ou un fauteuil roulant

** Établissement national, organisation internationale ou organisation non gouvernementale

3.6.2 Sortie d'hôpital et orientation du patient

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les EMU doivent planifier la sortie d'hôpital et l'orientation des patients dès le début de leur prise en charge afin d'identifier les lacunes au niveau des services, lesquelles doivent être rapidement communiquées au ministère de la santé ou à la cellule de coordination du pays hôte.
2. Pour garantir une gestion efficace de l'orientation des patients pour la réadaptation, le patient et l'EMU concernée doivent tous deux conserver une copie du document d'orientation du patient, qui doit contenir au minimum les informations suivantes:
 - les aides techniques fournies au patient;
 - l'état fonctionnel du patient, notamment concernant la mobilité et les précautions à prendre; et
 - le suivi nécessaire avec l'équipe qui sera chargée du patient (par exemple contrôle chirurgical, retrait d'un fixateur externe ou radiographie de contrôle).
3. Les EMU doivent s'efforcer de ne laisser sortir les patients que lorsqu'ils peuvent rejoindre sans risque la destination vers laquelle ils sont orientés (avec ou sans assistance) et qu'ils disposent du soutien adéquat.
4. Les patients qui nécessitent des soins après le départ de l'EMU qui les a pris en charge doivent être orientés vers une autre EMU, un établissement de soins de transition ou un prestataire de services local. Les EMU doivent tenir à jour une liste de tous les patients qui nécessitent un suivi de la réadaptation après leur sortie d'hôpital ou après le départ de l'EMU, et communiquer cette liste au ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte à leur demande. Cette liste doit indiquer au minimum le nom du patient, un numéro de téléphone (si disponible), le diagnostic, la destination du patient après sa sortie de l'hôpital et le motif du suivi.
5. Pour leur suivi, les patients doivent être orientés vers une structure aussi proche que possible de leur domicile.
6. Les EMU doivent faire tout leur possible pour préparer les patients, leurs familles et les soignants à la sortie d'hôpital par l'éducation et la rééducation fonctionnelle.

3.7 Renforcement des capacités en réadaptation

Lors d'une action d'urgence, les soins spécialisés assurés par les EMU peuvent sauver la vie de patients dont l'état aurait autrement pu conduire au décès. Dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, l'infrastructure et le personnel de santé et de réadaptation peuvent ne pas être suffisamment équipés pour prodiguer les soins nécessaires à ces patients, par exemple ceux qui présentent des lésions graves de la moelle épinière ou des lésions cérébrales traumatiques. Pour répondre à cette situation qui pose un problème d'éthique, le personnel sanitaire ou communautaire, les soignants et les patients eux-mêmes, au niveau local, doivent être encadrés, formés et entraînés pour pouvoir assurer des soins durablement (12,21,37). Le meilleur moyen d'y parvenir est de travailler en partenariat avec les prestataires de services, lorsque c'est possible. Les professionnels de la réadaptation doivent aussi jauger les possibilités de mettre en place des initiatives de réadaptation locales qui soient sûres et réalisables. Il convient de veiller à ce que les personnes qui seront formées soient compétentes et travaillent uniquement dans le cadre de la pratique pour laquelle elles ont été formées. Former des soignants à réaliser des tâches basiques peut aussi soulager la pression exercée sur des prestataires de services débordés.

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les EMU doivent multiplier et améliorer les occasions d'échanger les connaissances et les compétences en réadaptation avec le personnel local relevant de diverses disciplines.
2. La formation d'agents de santé locaux doit respecter la pratique locale ; les normes locales en matière de réadaptation doivent être prises en compte (36).

3.8 Gestion de l'information

La documentation et la communication des informations sont essentielles pour responsabiliser, planifier et communiquer efficacement pendant une action d'urgence (16,19,25).

3.8.1 Dossiers médicaux

Tenir à jour une documentation de qualité dans le contexte d'une situation d'urgence peut être difficile, mais il est important que les données de réadaptation saisies dans le dossier médical du patient suivent les normes professionnelles internationales (38-40).

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. Les notes sur la réadaptation, notamment les interventions, les évaluations et les aides techniques, doivent figurer dans le dossier médical principal du patient qui sera remis à ce dernier au moment de sa sortie d'hôpital, qu'il soit orienté ailleurs ou qu'il rentre chez lui (conformément aux normes minimales pour les EMU (1)).

3.8.2 Collecte et communication des données

Lors d'une situation d'urgence, les personnes atteintes de déficiences importantes peuvent être particulièrement vulnérables et nécessiter un soutien continu après le départ de l'EMU. Il est donc important d'informer (avec le consentement de la personne) le ministère de la santé ou la cellule de coordination du pays hôte qu'une personne présentant une déficience préexistante importante est admise à l'hôpital pour y être soignée. Partager ces informations peut aider à orienter correctement le patient et à lui fournir l'aide nécessaire après sa sortie d'hôpital. Cela peut aider la coordination avec l'EMU, la planification par le ministère de la santé et les services sociaux, et les prestataires de services locaux comme les fournisseurs de prothèses ou d'orthèses et les organisations d'aide à la réadaptation dans la communauté. En outre, les données sur les lésions et les handicaps lors d'une action d'urgence qui, à ce jour, sont peu nombreuses, pourraient servir à conduire une recherche longitudinale ultérieure afin de guider l'action à l'avenir (5,21,22).

3.9 Recherche sur l'action d'urgence

Il est urgent de conduire de la recherche dans le but de guider les interventions de réadaptation lors d'une action d'urgence. Le manque de données sur les lésions, les handicaps et les résultats fonctionnels à long terme, nécessaires pour évaluer l'accès aux spécialistes de la réadaptation dans les EMU et dans l'action d'urgence plus généralement, et son impact, a jusqu'ici gravement entravé cette recherche (16,21). Il serait nécessaire de parvenir à un consensus sur une classification internationale des lésions dans le contexte de l'action d'urgence, et de renforcer les capacités de recherche dans les activités quotidiennes des EMU, par exemple la collecte et la communication systématiques des données qui permettront de conduire une recherche de qualité à méthode mixte. Le but de cette recherche doit être d'améliorer la prestation de services de réadaptation non seulement par les EMU mais aussi par les prestataires de santé locaux.

Normes techniques minimales pour satisfaire à la vérification

1. Les normes éthiques qui s'appliquent à la recherche avec des sujets humains doivent être maintenues pendant une action d'urgence, en particulier en ce qui concerne l'autorisation et la confidentialité (1,36,41).

Recommandations pour une prise en charge optimale des patients

1. La prise en charge clinique doit être prioritaire sur la recherche, laquelle doit s'attacher à améliorer l'offre de réadaptation et ses résultats.
2. Les personnes qui conduisent la recherche doivent collaborer avec les institutions universitaires locales et développer les capacités nationales.
3. Quand des partenaires locaux sont impliqués, ils doivent partager le leadership du projet et la propriété des données.

4. Réadaptation en contexte d'épidémie

Le rôle de la réadaptation lors de l'écllosion d'une épidémie est généralement mal comprise ou insuffisamment considérée par la communauté de l'action humanitaire. Cela s'explique probablement par l'idée fautive selon laquelle la réadaptation se limite à la prise en charge des lésions traumatiques, comme celles qu'on en observe lors de séismes ou de typhons. En réalité, la réadaptation est fondamentale dans une multitude de contextes : les professionnels de la réadaptation jouent un rôle important dans le retour aux activités fonctionnelles, par exemple dans la prise en charge des problèmes cardiorespiratoires, des douleurs aiguës ou chroniques, du déconditionnement, de la fatigue et des troubles sensoriels et cognitifs (42). L'insuffisance des activités de réadaptation lors de ce type d'événements s'explique également par le manque d'attention accordée aux séquelles à long terme associées à certaines épidémies. L'épidémie de maladie à virus Ebola a clairement démontré la persistance de symptômes chez de nombreuses personnes touchées, notamment des myalgies et des arthralgies importantes, ainsi que des troubles sensoriels et cognitifs qui ont affecté la capacité des patients à retourner à leurs occupations habituelles (42).

Dans les situations d'urgence liées à des flambées épidémiques, les systèmes de santé locaux peuvent être durement mis à mal car les personnes, y compris les professionnels de la santé, évitent les établissements de santé par peur d'être contaminés et que les établissements de santé sont submergés par des patients infectés. La défaillance des services de réadaptation dans ce contexte peut entraîner des complications secondaires, tandis que l'absence de prise en charge des maladies non transmissibles peut se traduire par une augmentation de la morbidité et du handicap. Les EMU qui interviennent dans ces situations doivent évaluer le risque de tels scénarios et coordonner les services de réadaptation en conséquence. En outre, les EMU doivent prendre en compte le rôle des professionnels de la réadaptation dans la formation pluridisciplinaire, par exemple la prise en charge respiratoire lors d'une épidémie de grippe et l'éducation des patients et des soignants pour prendre en charge eux-mêmes les affections chroniques (43).

Considérations relatives aux EMU qui interviennent lors de flambées épidémiques

1. Les EMU doivent connaître les besoins en réadaptation immédiats et à long terme de leurs patients et déployer le personnel de réadaptation en conséquence.
2. Il convient d'établir des processus clairs pour l'orientation des patients qui ont des besoins en réadaptation vers des structures en mesure de les accueillir pour un séjour prolongé ou vers d'autres prestataires de services.
3. Les EMU doivent tenir compte du fait que les personnes atteintes de handicap sont davantage vulnérables en raison des difficultés potentielles d'accès aux services de santé et à l'information.
4. Les EMU doivent anticiper les complications tardives ou à long terme de ces maladies (comme les multiples séquelles observées chez des survivants d'Ebola, notamment les arthralgies et les myalgies (42)) et éduquer les patients et les personnes concernées en conséquence.
5. La provision de services de réadaptation doit être soigneusement réfléchi par rapport aux risques et aux mécanismes en place pour les atténuer.

5. Procédure et méthodes utilisées pour préparer ce document

The EMT minimum technical standards and recommendations for rehabilitation were developed under the auspices of the WHO EMT Secretariat and endorsed by the EMT strategic advisory group. An evidence-based and expert consensus process was used, and the project was guided by a consultant working within the Secretariat.

1. La première étape a consisté à passer en revue la littérature existante dans les bases de données PubMed et Embase et la « littérature grise », et à extraire les références pertinentes des listes de références bibliographiques des articles choisis. Une analyse comparative des lignes directrices et publications sur le sujet a été réalisée ; Des membres du groupe de travail ont également fourni des ressources pertinentes qui ont été compilées afin d'être examinées.

2. La préparation des normes minimales et des recommandations pour la réadaptation par un groupe de travail convoqué par l'OMS au Siège de l'Organisation à Genève a constitué la deuxième étape. Le groupe de travail se composait de conseillers indépendants et de participants nommés par les organisations en raison de leurs rôles importants dans la mise en place de services de réadaptation lors d'actions d'urgence, notamment des représentants des disciplines suivantes : physiothérapie, ergothérapie, orthèse et prothèse, soins infirmiers et médecine de la réadaptation. Les membres du groupe de travail devaient posséder une expérience pratique de l'action d'urgence ; l'équilibre géographique et entre les sexes a été respecté.

Les normes et les recommandations ont été élaborées sur la base des données disponibles ; toutefois, en raison de l'insuffisance des données publiées et des informations techniques sur la réadaptation dans les situations d'urgence, le document a largement reposé sur l'avis des spécialistes du groupe de travail.

3. La troisième étape a consisté en une première série d'observations sur le document. Une consultation globale a été organisée pour revoir le document, lequel a été envoyé à des organes professionnels, à des organisations non gouvernementales et internationales concernées et à des personnes individuellement afin de recueillir leurs observations. Cela a permis d'améliorer la précision, de parvenir à un consensus sur les points clés et d'accroître la crédibilité des normes et recommandations.

4. Lors d'une deuxième réunion convoquée au Siège de l'OMS à Genève, le groupe de travail a pris en compte et intégré dans le document les observations formulées par les parties prenantes consultées.

5. Une deuxième série d'observations a constitué la cinquième étape ; le document mis à jour a été distribué à un plus petit groupe de parties prenantes possédant une expérience pratique dans la constitution, le travail et la coordination d'équipes médicales d'urgence. Le groupe de travail a passé en revue les observations recueillies par courriel et par téléconférence auprès de ces spécialistes, et révisé le document en conséquence.

6. Pour la sixième étape, on a testé les normes techniques minimales et les recommandations dans le cadre d'un processus de vérification de quatre équipes médicales d'urgence (toutes de type 2). Les enseignements tirés de ce processus ont été présentés au secrétariat des équipes médicales d'urgence de l'OMS, et plusieurs normes et recommandations ont été révisées en conséquence.

7. L'étape finale de la procédure d'élaboration du document a consisté à apporter les toutes dernières corrections qui ont été soumises à l'approbation du groupe consultatif stratégique pour les équipes médicales d'urgence.

Glossaire

Aide technique

Tout dispositif conçu, réalisé ou adapté pour aider une personne à effectuer une tâche donnée, par exemple les fauteuils roulants, les prothèses, les aides à la mobilité, les aides auditives ou visuelles. Ces produits peuvent être fabriqués spécialement ou disponibles dans le commerce pour les personnes handicapées (17, p. 301; 44).

Austère

"Un environnement austère est un cadre dans lequel l'accès, le transport, les ressources et autres éléments de l'environnement physique, social ou économique imposent des contraintes majeures à une prise en charge immédiate adéquate de la population dans le besoin." (45)

Réadaptation à base communautaire

"Stratégie s'inscrivant dans le cadre du développement communautaire général visant la réadaptation, l'égalité des chances, la réduction de la pauvreté et l'inclusion sociale des personnes handicapées. La réadaptation à base communautaire est mise en œuvre par les efforts conjugués des personnes handicapées elles-mêmes, de leur famille, des organisations et des communautés, ainsi que des services publics et non gouvernementaux chargés de la santé, de l'éducation, de la formation professionnelle, de la protection sociale et d'autres services." (7, p. 302).

Organisation de personnes handicapées

Organisations ou groupes représentatifs de personnes handicapées et d'enfants présentant une déficience intellectuelle, auditive ou visuelle, leurs familles et leurs soignants. Le principal objectif de ces organisations est l'autonomisation et la défense de leur cause (46).

Équipe médicale d'urgence (EMU)

Les EMU sont des groupes de professionnels de la santé et de personnel d'assistance opérant en dehors de leur région d'origine (au niveau national ou international) qui prennent en charge spécifiquement les populations touchées par une situation d'urgence. Elles comprennent les équipes gouvernementales (civils et militaires) et non gouvernementales. Les EMU interviennent en cas de catastrophe soudaine pour traiter les traumatismes et les cas nécessitant une prise en charge chirurgicale. La valeur de ces équipes dans d'autres types d'urgence, comme les flambées épidémiques de maladie transmissible, a récemment été démontrée.

Cellule de coordination des EMU

Une cellule de coordination a pour vocation d'assister (et non remplacer) le ministère de la santé du pays hôte (ou une autorité nationale équivalente) dans la coordination de toutes les EMU mobilisées pour répondre au mieux aux besoins accrus en soins de santé résultant de la situation d'urgence ou de dommages causés aux capacités existantes. La cellule de coordination affecte les ressources disponibles en fonction des besoins qui ont été identifiés, garantissant une utilisation optimale des ressources et des résultats collectifs maximum.

Liste mondiale de classification des équipes répondant aux critères de qualité

La liste mondiale de classification des équipes Sont les équipes EMU connues qui acceptent de se conformer aux principes publiés et aux normes minimales (1). Elle comprend toutes les EMU dont les informations autodéclarées ont été vérifiées par des pairs et toutes les organisations d'équipes médicales d'urgence qui ont également fait l'objet d'une visite sur site satisfaisante effectuée par l'OMS ou des pairs pour valider leurs capacités prédéploiement. L'assurance de la qualité est également réalisée pendant le déploiement lors de visites conjointes de l'OMS et du ministère de la santé du pays hôte afin de vérifier la conformité avec les capacités déclarées avant l'arrivée des équipes. L'un des objectifs de cette liste est de décourager les personnes d'arriver sans prévenir sur les lieux d'une situation d'urgence; l'initiative des EMU encourage ces personnes à rejoindre des EMU reconnues.

Prestataire de services local

Dans le cadre de ce document, un prestataire de services local est un service ou un établissement national, ou une organisation internationale non gouvernementale, établis dans la région touchée depuis longtemps et qui peuvent fournir des services durablement.

Pratique pluridisciplinaire

Dans le cadre de ce document, la pratique pluridisciplinaire comprend différentes disciplines qui travaillent en collaboration pour traiter les patients, chaque spécialité fournissant des services complémentaires pour parvenir à une prise en charge globale des patients.

Éclosion épidémique

Dans le cadre de ce document, les flambées épidémiques font référence aux épidémies de maladie transmissible définies par l'OMS comme "la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie normalement enregistré dans une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison données. Une flambée peut se produire dans une zone restreinte ou s'étendre à plusieurs pays. Elle peut durer quelques jours ou quelques semaines, voire plusieurs années." (43). On peut citer en autres les flambées de poliomyélite, de maladie à virus Ebola ou de syndrome respiratoire aigu sévère (SARS).

Personnel de réadaptation

Le personnel de réadaptation comprend à la fois des professionnels de la réadaptation et des agents de santé formés de façon informelle qui aident ou qui effectuent le travail des professionnels de la réadaptation en leur absence ou en raison d'effectifs insuffisants.

Professionnel de la réadaptation

Les professionnels de la réadaptation couvrent un éventail de professions, notamment la thérapie physique, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthèse et la prothèse, les soins infirmiers de réadaptation, la médecine de réadaptation physique, la psychologie, l'orthophonie et la logopédie, la nutrition et le travail social. Dans l'idéal, ces professionnels travaillent en collaboration au sein d'une équipe pluridisciplinaire, chacun mettant à contribution sa spécialité pour parvenir à une prise en charge globale des patients (4,7,19,46). Le champ d'application de l'exercice professionnel, des qualifications et de l'immatriculation de chaque profession varie d'un pays à l'autre ; c'est pourquoi ce document recommande le déploiement de professionnels sur la base des compétences et de l'expérience nécessaires pour travailler efficacement dans des environnements austères et pour répondre aux besoins qui surviennent lors de situations d'urgence.

Équipes de soins spécialisés

Les équipes de soins spécialisés sont des équipes nationales ou internationales intégrées dans une EMU ou dans un hôpital local afin d'assurer des soins spécialisés. Elle respecte les mêmes principes directeurs et les mêmes normes essentielles que les EMU (7).

Établissement de Centre de soins adaptés

Un établissement de Centre de soins adaptés est un service d'hospitalisation qui a pour mission de prendre temporairement en charge les patients médicalement stables pour les préparer à leur sortie d'hôpital et à leur retour dans la communauté.

Références bibliographiques

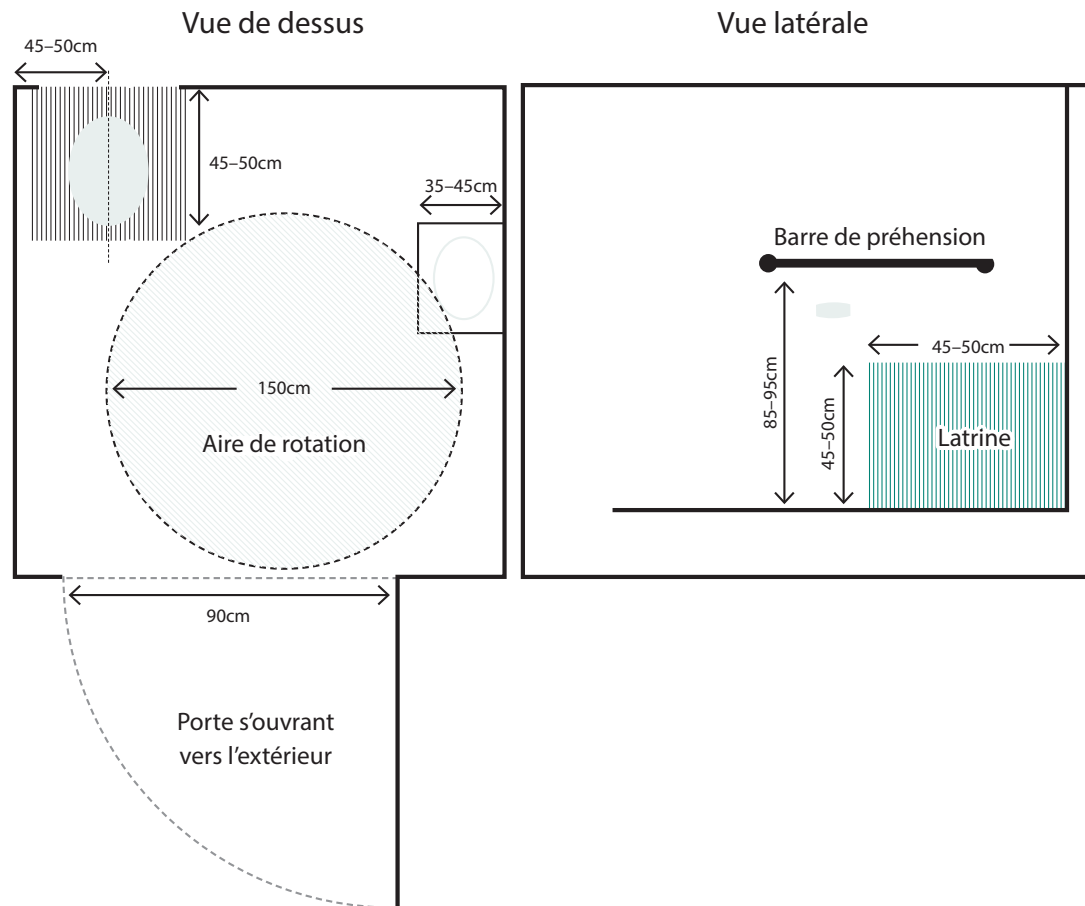
1. Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C. Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO; 2013.
2. Lezzoni LI, Ronan LJ. Disability legacy of the Haitian earthquake. *Ann Internal Med* 2010; 52:812–814.
3. Rathore FA, Gosney JE, Reinhardt JD, Haig AJ, Li J, DeLisa JA. Medical rehabilitation after natural disasters: why, when, and how? *Arch Phys Med Rehabil* 2012;93:1875–1881.
4. Rathore FA, Farooq F, Muzammil S, New PW, Ahmad N, Haig AJ. Spinal cord injury management and rehabilitation: highlights and shortcomings from the 2005 earthquake in Pakistan. *Arch Phys Med Rehabil* 2008;89:579–585.
5. Reinhardt JD, Li J, Gosney J, Rathore FA, Haig AJ, Marx M, et al. Disability and health-related rehabilitation in international disaster relief. *Glob Health Action* 2011;4:7191.
6. Li Y, Reinhardt JD, Zhang X, Hu X, Chen S, Li J. Evaluation of functional outcomes of physical rehabilitation and medical complications in spinal cord injury victims of the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:534–540.
7. Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2013.
8. Kent R, Fyfe N. Effectiveness of rehabilitation following amputation. *Clin Rehabil Med* 1999;13:43–50.
9. Turner-Stokes L. The cost effectiveness of rehabilitation following acquired brain injury. *Clin Med* 2004;4:10–12.
10. Cardenas DD, Doctor JN. Cost-effectiveness of rehabilitation after spinal cord injury. *Crit Rev Phys Rehabil Med* 2012;24:359–367.
11. Mallick M, Aurakzai JK, Bile KM, Ahmed N. Large-scale physical disabilities and their management in the aftermath of the 2005 earthquake in Pakistan. *East Mediterr Health J* 2010;16:98–105.
12. Convention on the rights of persons with disabilities. New York: United Nations; 2006 (<http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150>, accessed 5 January 2014).
13. Plan d'action mondial de l'OMS relatif au handicap 2014-2021 : un meilleur état de santé pour toutes les personnes handicapées. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2014.
14. Braithwaite J, Mont D. Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications. *Eur J Disabil* 2009;3:219–232.
15. Mitra S, Posarec A, Vick B. Disability and poverty in developing countries: a multidimensional study. *World Dev* 2013;41:1–18.
16. Chackungal S, Nickerson JW, Knowlton LM, Black L, Burkle FM, Casey K, et al. Best practice guidelines on surgical response in disasters and humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit working group on surgical issues within the humanitarian space. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:429–437.
17. Rapport mondial sur le handicap. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2011. (http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/fr/, consulté le 7 juin 2015).
18. Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2001.
19. Knowlton LM, Gosney JE, Chackungal S, Altschuler E, Black L, Burkle FM Jr, et al. Consensus statements regarding the multidisciplinary care of limb amputation patients in disasters or humanitarian emergencies: report of the 2011 humanitarian action summit surgical working group on amputations following disasters or conflict. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:438–448.

20. von Schreeb J, Riddez L, Samnegård H, Rosling H. Foreign field hospitals in the recent sudden-onset disasters in Iran, Haiti, Indonesia, and Pakistan. *Prehosp Disaster Med* 2008;23:144–151.
21. Burns AS, O’Connell C, Rathore F. Meeting the challenges of spinal cord injury care following sudden onset disaster: lessons learned. *J Rehabil Med* 2012;44:414–420.
22. Redmond AD, Mardel S, Taithe B, Calvot T, Gosney J, Duttine A, et al. A qualitative and quantitative study of the surgical and rehabilitation response to the earthquake in Haiti, January 2010. *Prehosp Disaster Med* 2011;26:449–456.
23. Zhang X, Hu X, Reinhardt JD, Zhu H, Gosney JE, Liu S, et al. Functional outcomes and health-related quality of life in fracture victims 27 months after the Sichuan earthquake. *J Rehabil Med* 2012;44:206–209.
24. Walker P, Russ C. Professionalising the humanitarian sector: A scoping study, Enhancing learning and research for humanitarian assistance. Cardiff: Enhancing Learning and Research for Humanitarian Assistance, Save the Children; 2010.
25. Burkle FM Jr, Nickerson JW, von Schreeb J, Redmond AD, McQueen KA, Norton I, et al. Emergency surgery data and documentation reporting forms for sudden-onset humanitarian crises, natural disasters and the existing burden of surgical disease. *Prehosp Disaster Med* 2012;27:577–582.
26. Walsh L, Subbarao I, Gebbie K, Schore KW, Lyznicki J, Strauss-Riggs K, et al. Core competencies for disaster medicine and public health. *Disaster Med Public Health Preparedness* 2012; 6:44–52.
27. Prosthetics and orthotics programme guide: implementing P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006.
28. Prosthetics and orthotics project guide: supporting P&O services in low-income settings. Brussels: International Society for Orthotics and Prosthetics; 2006.
29. World Health Organization, United States Agency for International Development. Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Geneva, World Health Organization; 2011.
30. Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: United Nations, Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities; 2003–2004 (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, accessed 25 June 2015).
31. Bonnet S. Physical rehabilitation centres: Architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2014.
32. ISO 21542:2011. Building construction – accessibility and usability of the built environment. Geneva: International Standards Organization; 2011 (http://iso.org/iso/catalogue_detail?csnumber=50498, accessed June 2015).
33. Carroll K, Edelstein JE. Prosthetic and patient management: a comprehensive clinical approach. Thorofare, New Jersey: Slack Inc; 2006.
34. Edgar D, Brereton M. Rehabilitation after burn injury. *BMJ*. 2004;329:343–345.
35. Sphere Project. The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing; 2011.
36. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki : Ethical Principles for Medical. Research Involving Human Subjects. *J Am Med Assoc* 2013; 310:2191–2194.
37. Hu X, Zhang X, Gosney JE, Reinhardt JD, Chen S, Jin H, et al. Analysis of functional status, quality of life and community integration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. *J Rehabil Med* 2012;44:200–205.

38. WCPT guideline for physical therapy records management: record keeping, storage, retrieval and disposal. London: World Confederation for Physical Therapy; 2011 (<http://www.wcpt.org/guidelines/records-management>, accessed 23 August 2015).
39. Blanchet K, Sistenich V, Ramesh A, Frison S, Warren E, Hossain M, et al. An evidence review of research on health interventions in humanitarian crises. London: London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2013.
40. The code: professional standards of practice and behaviour for nurses and midwives. London: Nursing & Midwifery Council; 2015 (<http://www.nmc.org.uk/globalassets/sitedocuments/nmc-publications/revised-new-nmc-code.pdf>, accessed 23 August 2015).
41. Council for International Organizations of Medical Sciences, World Health Organization. International ethical guidelines for biomedical research Involving human subjects. Geneva: World Health Organization; 2002 (http://www.cioms.ch/publications/layout_guide2002.pdf, accessed 15 August 2015).
42. Bausch DG. Sequelae after Ebola virus disease: even when it's over it's not over. *Lancet Infect Dis* 2015;15:865–866.
43. Disease communicable disease outbreaks. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://www.who.int/topics/disease_communicable_disease_outbreaks/en/, accessed 23 June 2015).
44. Aides techniques aux personnes handicapées. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2015. (<http://www.who.int/disabilities/technology/fr/>)
45. Miller Briggs SM, Lin G. Disaster management. In: Meara JG, McClain CD, Rogers SO Jr, Mooney DP, editors, *Global surgery and anesthesia manual: providing care in resource-limited settings*. Boca Raton, Florida: CRC Press; 2015:443–453.
46. Scaffa ME, Gerardi S, Herzberg G, McColl MA. The role of occupational therapy in disaster preparedness, response, and recovery. *Am J Occup*

Annexe 1. Dimensions et pentes pour l'accessibilité des hôpitaux de terrain

Dimensions des latrines pour un accès en fauteuil roulant



Pente recommandée pour les rampes

Pente maximale	Longueur maximale (m)	Hauteur maximale (m)
1:20	–	–
1:16	8	0.5
1:14	5	0.35
1:12	2	1.15
1:10	1.25	0.12
1:08	0.5	0.06

Référence

United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>, accessed 25 June 2015).

Annexe 2. Aperçu de la contribution à la réadaptation des EMU par type et considérations relatives à la sortie d'hôpital

	Type 1	Type 2	Type 3	Orientation du patient et considérations relatives à la sortie d'hôpital
Fracture simple (soins conservateurs)	<ul style="list-style-type: none"> Donner des conseils clairs sur le port de charges Fournir des aides techniques Conseiller le patient sur l'amplitude des mouvements (ADM) et l'utilisation fonctionnelle 	<ul style="list-style-type: none"> Identique au type 1 	<ul style="list-style-type: none"> Identique au type 1 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi de la réadaptation
Fracture compliquée	<ul style="list-style-type: none"> Stabiliser et orienter le patient 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des aides techniques Conseiller le patient sur l'ADM et les précautions à prendre Rééducation fonctionnelle Soins du fixateur externe Prise en charge de la douleur Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des aides techniques Conseiller le patient sur l'ADM et les précautions à prendre Rééducation fonctionnelle Soins du fixateur externe Prise en charge de la douleur Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Préciser une date pour le retrait du fixateur externe Progression du port de charges Éducation sur les complications possibles Suivi de la réadaptation
Lésion de la moelle épinière	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique Conseil pour prévenir les zones de pression et les soigner Orienter le patient conformément au protocole national ou vers une équipe de soins spécialisés 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique Prise en charge de la douleur Rééducation fonctionnelle Fournir un fauteuil roulant temporaire Orienter le patient conformément au protocole national vers une équipe de soins spécialisés Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique Prise en charge de la douleur Rééducation fonctionnelle Fournir un fauteuil roulant temporaire Orienter le patient conformément au protocole national ou vers une équipe de soins spécialisés Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir des aides techniques temporaires, y compris du matériel anti-escarres Éduquer le patient sur les soins à faire lui-même, y compris au niveau urinaire et intestinal, et sur les précautions à prendre Orienter le patient vers un fournisseur local d'aides techniques à long terme Suivi de la réadaptation
Brûlures	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies Orienter vers une équipe de soins spécialisée si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire ADM, force et rééducation fonctionnelle Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés si nécessaire Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire ADM, force et rééducation fonctionnelle Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés/plastiques si nécessaire Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Trouver un établissement de soins de transition si nécessaire Identifier les prestataires locaux de soins des brûlures/soins plastiques et/ou une équipe de soins spécialisés pour les brûlures pour le soin des cicatrices, y compris les vêtements compressifs. Un suivi de la rééducation à long terme est nécessaire pour surveiller la maturation des cicatrices et le risque de contracture

	Type 1	Type 2	Type 3	Orientation du patient et considérations relatives à la sortie d'hôpital
Lésion des nerfs périphériques	<ul style="list-style-type: none"> Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire Éducation du patient et des soignants Orientation du patient selon indication 	<ul style="list-style-type: none"> Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire Éducation du patient et des soignants ADM, force et rééducation fonctionnelle Prise en charge de la douleur Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés de microchirurgie si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire Éducation du patient et des soignants ADM, force et rééducation fonctionnelle Prise en charge de la douleur Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés de microchirurgie si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Trouver rapidement une prise en charge spécialisée en microchirurgie si une intervention chirurgicale est nécessaire Orienter le patient vers un fournisseur local pour les aides techniques à long terme (orthèse) Éducation sur les complications possibles comme les contractures Suivi de la réadaptation
Lésion cérébrale traumatique	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique et cognitive Orienter le patient selon indication 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique et cognitive Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés neurologiques si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation neurologique et cognitive Positionnement, y compris la pose d'attelle si nécessaire ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés neurologiques si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Trouver un établissement de soins de transition si nécessaire Trouver les prestataires locaux de services de réadaptation neurologique. Assurer un suivi à long terme tout au long de la récupération neurologique Orienter le patient vers un fournisseur local pour les aides techniques à long terme si nécessaire
Plaies	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies et l'orienter selon indication 	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies Fournir des aides techniques ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés plastiques si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Conseiller le patient sur la bonne manière de panser les plaies Fournir des aides techniques ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants Orienter le patient vers une équipe de soins spécialisés Plastiques si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Trouver rapidement une équipe de soins spécialisés plastiques Progression du port de charges Éducation sur les complications possibles comme l'infection Suivi de la réadaptation si nécessaire
Amputation	<ul style="list-style-type: none"> Soin basique des plaies Orienter le patient vers une équipe de type 2 ou 3 ou un établissement national 	<ul style="list-style-type: none"> Conseils préopératoires en fonction de la disponibilité de prothèses et de critères fonctionnels Soin des moignons Fournir des aides techniques temporaires Prise en charge de la douleur ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Conseils préopératoires en fonction de la disponibilité de prothèses et de critères fonctionnels Soin des moignons Fournir des aides techniques temporaires Prise en charge de la douleur ADM, force et rééducation fonctionnelle Éducation du patient et des soignants 	<ul style="list-style-type: none"> Orienter le patient vers un fournisseur local pour les aides techniques à long terme comme des prothèses et/ou un fauteuil roulant si nécessaire Suivi de la réadaptation

Annexe 3. Exemple de formulaire d'orientation du patient en réadaptation par l'EMU

Orientation du patient vers: _____

Orientation du patient à partir de: _____

Motif de l'orientation: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

Nom (prénom et nom de famille): _____ Âge: _____ Sexe Masculin Féminin

Téléphone: _____

Adresse: _____

Antécédents relatifs à l'affection en cours: _____

Antécédents chirurgicaux (préciser les dates): _____

Restrictions/précautions post-traumatiques (port de charges, amplitude de mouvement): _____

Réexamen nécessaire ? Oui Non

Préciser : _____

Antécédents médicaux (y compris allergies et traitements importants): _____

SOCIAL

Soignant/aidant: _____

Patient accompagné par un soignant ? Oui Non

Éducation/emploi: _____

Destination/hébergement après la sortie d'hôpital: _____

NIVEAU FONCTIONNEL

Mobilité: Indépendant Assistance requise Aides techniques à la mobilité _____

Activités quotidiennes: Indépendant Assistance requise Aides techniques _____

Fonction cognitive: Intacte Déficiante Préciser _____

Nom de la personne qui oriente le patient: _____ Téléphone: _____

Date: _____ Signature: _____

Annexe 4. Ressources

Normes relatives à l'action d'urgence

- Norton I, von Schreeb J, Aitken P, Herard P, LaJolo C (2013) Classification and minimum standards for foreign medical teams in sudden onset disaster. Geneva: WHO (http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_guidelines_september2013.pdf)
- Sphere Project (2011) The Sphere handbook: humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Rugby: Practical Action Publishing (<http://www.sphereproject.org/resources/downloadpublications/?search=1&keywords&language=english&category=22>).

Accessibilité physique

- United Nations (2003–2004) Accessibility for the disabled: a design manual for a barrier free environment. New York: Secretariat for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/designm/>)
- Bonnet S (2014) Physical rehabilitation centres: architectural programming handbook. Geneva: International Committee of the Red Cross (<https://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4133.pdf>).

Handicap dans le contexte de l'action d'urgence

- OMS (2014) Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé. Genève (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/127847/1/9789242506242_fre.pdf).

Santé mentale et soutien psychosocial

- Comité permanent interorganisations (2007) Directives du CPI concernant la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Genève (http://www.who.int/mental_health/emergencies/iasc_guidelines_french.pdf).
- OMS (2012) Les premiers secours psychologiques : Guide pour les acteurs de terrain. Genève (http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/fr/).

Aides techniques à la mobilité

- OMS (2008) Guide pour les services de fauteuils roulants manuels dans les régions à faibles revenus. Genève (http://www.who.int/disabilities/publications/technology/wheelchairguidelines_fr_finalforweb.pdf?ua=1)
- OMS, Agence des États-Unis pour le développement international (2011) Joint position paper on the provision of mobility devices in less resourced settings: a step towards implementation of the Convention on the Rights of Persons with Disability related to personal mobility. Genève (http://www.who.int/disabilities/publications/technology/jpp_final.pdf).

Lésions de la moelle épinière

- OMS, International Spinal Cord Society (2013) Lésions de la moelle épinière –Perspectives internationales. Genève (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131503/1/9783033046399_fre.pdf?ua=1).
- Équipes médicales d'urgence : <https://extranet.who.int/emt/page/home>.
- Handicap et réadaptation : <http://www.who.int/disabilities/fr/>.

Annexe 5. Spécialistes externes et personnel de l'OMS ayant participé à l'élaboration de ce document

GROUPE DE TRAVAIL

M. Julian Clause

Physiothérapie

Physiothérapeute

Centre hospitalier régional universitaire de Lille

Lille, France

Dr James Gosney Jr.

Médecine physique et réadaptation

Président, Committee on Rehabilitation Disaster Relief (CRDR)

International Society of Physical and Rehabilitation Medicine

Genève, Suisse

Dr Géraldine Jacquemin

Médecine physique et réadaptation

Professeur associé - Médecine physique et réadaptation

Université de Montréal,

Montréal, Canada, et Centre hospitalier

Valida, Bruxelles, Belgique

Mme Jody-Anne Mills

Ergothérapie

Consultante

Équipes médicales d'urgence

OMS

Genève, Suisse

Mme Barbara Rau

Physiothérapie

Coordonnateur technique - physiothérapie

Comité international de la Croix-Rouge

Genève, Suisse

M. Michael Rechsteiner

Orthèse et prothèse

Réadaptation physique, directeur de projet,

Comité international de la Croix-Rouge,

Genève, Suisse

Mme Valérie Scherrer

Ergothérapie

Directrice - Emergency Response Unit, CBM

Bruxelles, Belgique

Mme Fiona Stephenson

Soins infirmiers en réadaptation

Lésions de la moelle épinière - infirmière - consultante spécialisée

Waterlow Stephenson LTD Salisbury,

Royaume-Uni

M. Peter Skelton

Physiothérapie

Directeur de projet en réadaptation

Handicap International

Londres, Royaume-Uni

M. Claude Tardif

Orthèse et prothèse

Directeur du programme de réadaptation

physique, Comité international de la Croix-

Rouge, Genève, Suisse

RÉVISEURS DE L'OMS (Genève, Suisse)**Dr Alarcos Cieza***Coordonnateur*

Prévention de la cécité et de la surdité

Handicap et réadaptation

M. Robert Holden*Conseiller technique*

Équipes médicales d'urgence

Gestion des risques liés aux situations d'urgence

et action humanitaire

Dr Ian Norton*Conseiller technique et chef de projet*

Équipes médicales d'urgence

Gestion des risques liés aux situations d'urgence et action humanitaire

Mme Bronte Martin*Conseillère technique*

Équipes médicales d'urgence

Gestion des risques liés aux situations d'urgence

et action humanitaire

M. Flavio Salio*Conseiller technique*

Équipes médicales d'urgence

Gestion des risques liés aux situations d'urgence

et action humanitaire

RÉVISEURS EXTERNES**Mme Esha Thapa Dhungana***Directeur général*

Spinal Injury Rehabilitation Centre

Kavrepalanchok, Népal

Dr Filipinas G. Ganchoon*Philippine Academy of Rehabilitation Medicine*

Rehabilitation Disaster Relief Committee

Président

Philippines

Dr Olivier Hagon*Chef adjoint du service de médecine tropicale et humanitaire*

Hôpitaux universitaires de Genève

Genève, Suisse

M. Rajiv S. Hanspal*Président*

Société internationale de prothèse et d'orthèse (ISPO)

Bruxelles, Belgique

Mme Diana Hiscock*Conseiller handicap*

Help Age International

London, United Kingdom

Dr Ilan Kelman*Maître de conférences - Risques, résilience et santé dans le monde, University College London*

Londres, Royaume-Uni

Institut norvégien des affaires internationales

Oslo, Norvège

Dr Fary Khan*Directeur du service de réadaptation*

Royal Melbourne Hospital

Melbourne, Australie

Mme Karen Livingstone*Conseiller médical - infirmière*

UK-Med

Manchester, Royaume-Uni

M. Steve Mannion*Consultant - chirurgien orthopédique et traumatologique*

Conseiller en chirurgie orthopédique, CBM

Chef du service Médecine des conflits et des catastrophes St George's, University of London, Londres Royaume-Uni

RÉVISEURS EXTERNES (SUITE)
M. Ángel Vicario Merino

Conseiller en santé

Fundación Internacional y para Iberoamérica de Administración y Políticas Públicas – Coopération espagnole

Madrid, Espagne

M. Jan Monsbakken

Président

Rehabilitation International

Oslo, Norvège

Dr Colleen O'Connell

Professeur adjoint - Médecine physique et réadaptation

Dalhousie University Faculty of Medicine
Président, Team Canada Healing Hands Inc
Fredericton, Canada

Dr Nelson Olim

Chirurgien en chef

Comité international de la Croix-Rouge
Genève, Suisse

Mme Marilyn Pattison

Président

Fédération mondiale des ergothérapeutes
Adélaïde, Australie

Professeur A. D. Redmond

Professeur de médecine d'urgence internationale

Président, UK-Med

Directeur adjoint

Humanitarian and Conflict Response
Institute, University of Manchester
Manchester, Royaume-Uni

Mme Aleema Shivji

Directrice

Handicap International

Londres, Royaume-Uni

M. Michiel Steenbeek

Conseiller - Déficience physique et réadaptation

CBM

Pays-Bas

Mme Catherine Sykes

*Consultante professionnelle en politique
World Confederation of Physical Therapy*

Londres, Royaume-Uni

Dr Harald Veen

Chirurgien en chef

Comité international de la Croix-Rouge
Genève, Suisse

Mme Joan M. Wilson

Directrice du service de chirurgie d'urgence

Save the Children UK

Londres, Royaume-Uni

Gestion des situations d'urgence et opérations
Programme OMS de gestion des situations d'urgence
sanitaire Organisation mondiale de la Santé
Avenue Appia 20
1211 Genève 27
Courriel : emteams@who.int

