

MANUEL DE SOUTIEN SANITAIRE POUR LES MISSIONS DES NATIONS UNIES

(4^E EDITION) (2024)



NATIONS UNIES

DIVISION DE LA GESTION DES SOINS ET DE
LA SÉCURITÉ ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL

Copyright

Manuel de soutien sanitaire pour les missions des Nations Unies (4^e édition)

Ce manuel est publié et distribué par la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail du Bureau des opérations d'appui du Département de l'appui opérationnel au Siège de l'Organisation des Nations Unies à New York.

La première édition a été publiée en 1995, la deuxième édition révisée a été publiée en 1999 et la troisième édition révisée a été publiée en 2015.

Copyright © Nations Unies 2024

Ce document est protégé par le droit d'auteur en vertu du Protocole n° 2 de la Convention universelle sur le droit d'auteur. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite pour la vente ou la diffusion à grande échelle sans l'autorisation écrite expresse de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail. Aucune partie du document ne peut être conservée dans un système d'extraction sans l'autorisation préalable de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail. Toute communication concernant ce qui précède doit être adressée à : medicaldirector@un.org.

Résumé analytique

A. Généralités

La première version du Manuel de soutien sanitaire pour les missions sur le terrain des Nations Unies a été publiée et diffusée en 1995, la deuxième édition révisée a été publiée en 1999 et la troisième et dernière édition révisée en 2015. Au cours de la dernière décennie, le maintien de la paix a évolué, soulignant la nécessité d'adapter le soutien sanitaire fourni aux missions sur le terrain. Le rapport du Groupe indépendant de haut niveau chargé d'étudier les opérations de paix (rapport HIPPO) de 2015 et le rapport Cruz sur l'amélioration de la sécurité des soldats de la paix des Nations Unies de 2017 ont tous deux souligné la nécessité de revoir la chaîne de soins, les politiques et les directives afin de fournir un soutien sanitaire rapide, cohérent, efficace et fiable.

Le Manuel de soutien sanitaire révisé servira de document de référence standard sur les aspects liés au soutien sanitaire des opérations de maintien de la paix et des missions politiques des Nations Unies sur le terrain. La présente révision vise à refléter la restructuration des Nations Unies et à fournir aux pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police des orientations sur la structure de surveillance, ainsi que des directives opérationnelles et procédurales pour le soutien sanitaire sur le terrain. L'objectif est de faire en sorte que le soutien sanitaire soit fourni de manière uniforme dans toutes les missions des Nations Unies à l'échelle mondiale en disposant de normes cohérentes.

Le manuel a été restructuré afin d'inclure des informations de fond et adapté afin de pour être utilisé comme ressource en ligne. Il a été conçu comme un document vivant, permettant à tout moment un retour d'information des utilisateurs, des modifications et des mises à jour destinées à s'assurer que toutes les informations sont valides. Ce projet a été rendu possible grâce à la généreuse contribution du gouvernement de la République fédérale d'Allemagne.

B. Structure du manuel

La partie introductive du manuel comprend une table des matières, une liste d'abréviations pour faciliter la compréhension du texte, une liste des tableaux et figures et une liste des annexes. Le corps du manuel se compose de quatre modules de plusieurs chapitres qui couvrent l'administration, la planification médicale et la préparation aux situations d'urgence, la gestion des soins et la sécurité et la santé au travail. Les annexes énumérées au début sont incluses à titre de référence.

C. Lien avec d'autres documents officiels

Le contenu du présent manuel est compatible avec le Règlement financier et les règles de gestion financière de l'Organisation des Nations Unies, les textes administratifs, les directives officielles de l'ONU et d'autres documents relatifs à l'administration des opérations des Nations Unies sur le terrain. Le chapitre 12 du module Gestion des soins de santé, consacré aux questions de santé publique, se réfère aux politiques et directives de l'Organisation mondiale de la santé relatives aux soins de santé. Il est considéré comme un document évolutif ; par conséquent, lorsqu'il est utilisé, toutes les références doivent être vérifiées pour s'assurer qu'elles sont valides et reflètent les recommandations les plus récentes de l'OMS.

D. Diffusion et révision

Le Directeur médical de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail contrôle la version numérique et la diffusion de ce manuel. En consultation avec le Bureau des opérations d'appui (Département de l'appui opérationnel), il est chargé de procéder à un examen régulier de son contenu et d'assurer la révision et la mise à jour du texte et des annexes, selon qu'il convient. Ce manuel est un document vivant et tous les commentaires et suggestions de ses utilisateurs sont les bienvenus pour permettre à tout moment d'enrichir son contenu.

E. Remerciements

La Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail (Département de l'appui opérationnel/Bureau des opérations d'appui) tient à remercier le gouvernement allemand pour le généreux financement de ce projet, ainsi que le Comité consultatif des États Membres (Bangladesh, Chili, Chine, Éthiopie, Inde, Maroc, Mongolie, Népal, Nigéria, République de Serbie, République tchèque, Sénégal, Togo) et les États Membres ayant apporté leur concours (Australie, Allemagne, Hongrie, Pays-Bas) pour leur appui et pour toutes leurs inestimables contributions à la réussite de cette version révisée du manuel.

Table des matières

Copyright	i
Résumé analytique	ii
Table des matières	v
Abréviations	vii
Liste des tableaux	xi
Liste des figures	xi
Liste des annexes	xii
MODULE 1: ADMINISTRATION	1
Chapitre 1 : Structure des services médicaux du Siège de l'Organisation des Nations Unies	2
Chapitre 2 : Structure médicale des services de santé sur le terrain	18
Chapitre 3 : Capacités médicales dans les missions de terrain – Niveaux de soins	24
Chapitre 4 : Logistique médicale	32
MODULE 2: PLANIFICATION MÉDICALE ET PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE	41
Chapitre 5 : Planification et déploiement du soutien sanitaire sur le terrain.....	42
Chapitre 6 : Formation médicale	54
Chapitre 7 : Prise en charge des blessés sur le terrain – Évacuation sanitaire primaire, évacuation médicale et rapatriement	60
Chapitre 8 : Situations entraînant un grand nombre de victimes et gestion des catastrophes	68
Chapitre 9 : Dispositions relatives aux dépouilles.....	75

MODULE 3: GESTION DES SOINS DE SANTÉ	77
Chapitre 10 : Habilitation technique du personnel médical	78
Chapitre 11 : Gouvernance clinique.....	83
Chapitre 12 : Santé publique	88
Chapitre 13 : Outils de tenue des dossiers médicaux et de communication d'informations médicales	94
Chapitre 14 : Santé mentale	104
Chapitre 15 : Télémédecine.....	111
MODULE 4: SÉCURITÉ ET SANTÉ AU TRAVAIL	115
Chapitre 16 : Normes médicales pour l'emploi	116
Chapitre 17 : Cadre relatif à la sécurité et à la santé au travail	123
Chapitre 18 : Demandes d'indemnisations	136
Chapitre 19 : Coopération avec les organismes d'enquête	143
Liste des contacts à la DHMOSH	146

Abréviations

ACLS	Soins avancés de réanimation cardiaque
AMET	Unité d'évacuation sanitaire aérienne
ATLS	Soins avancés de réanimation en traumatologie
BFAC	Formation aux gestes élémentaires de survie
BSCI	Bureau des services de contrôle interne
CAP	Procédure d'appel global
CBRNE	Chimique, biologique, radiologique, nucléaire et explosif
CCMI	Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation
CMO	Chef du service médical
CMS	Chef de l'appui à la mission
CMT	Équipe de gestion de crise
CMWG	Groupe de travail pour la gestion des crises
COE-WG	Groupe de travail sur le matériel appartenant aux contingents
CONOPS	Concept général d'opérations
CPAS	Système global de planification et d'évaluation des performances
CPR	Réanimation cardio-pulmonaire
CR	Coordonnateur résident
DHMOSH	Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail
DMS	Directeur de l'appui à la mission
DOC	Centre d'opérations désigné
DOS	Département de l'appui opérationnel
DPO	Département des opérations de paix
DPPA	Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix
DSS	Département de la sûreté et de la sécurité
EarthMed	Système électronique de gestion des informations de santé des Nations Unies
ECG/ECG	Électrocardiogramme
EHO	Spécialiste de l'hygiène du milieu
EMR	Dossier médical électronique
EOSG	Cabinet du Secrétaire général
ERP	Progiciel de gestion intégrée

EVASAN	Évacuation sanitaire primaire
EVD	Maladie à virus Ebola
FC	Commandant de la force
FGS	Service de constitution des forces
FHO	Officier hygiéniste de la force
FMAC	Cours pour les assistants médicaux de terrain
FMC	Cellule médicale de la force
FMO	Chef du service médical de la force
FNUAP	Fonds des Nations Unies pour la population
FPU	Unité de police constituée
GSC	Centre de services mondial
HC	Coordonnateur des affaires humanitaires
HF	Haute fréquence
HOM	Chef de mission
HQ	Quartier général
IPO	Policier hors unités constituées
IRS	Système de signalement des incidents
ISF	Cadre stratégique intégré
JOC	Centre d'opérations conjoint
LD	Division de la logistique
LOA	Lettre d'assistance
MAC	Matériel appartenant aux contingents
MCI	Situation entraînant un grand nombre de victimes
MEDEVAC	Évacuation sanitaire secondaire
MHE	Expert en santé mentale
MMC	Cellule médicale de la mission
MOC	Centre d'opérations militaires
MOU	Mémorandum d'accord
MRT	Outil de communication d'informations médicales
MSA	Compte rendu médical
MSS	Section du soutien sanitaire
MTF	Établissement de soins médicaux

NFC	Communication en champ proche
NOTICAS	Notification des pertes
OCB	Organe de coordination des opérations
ODA	Bureau des affaires de désarmement
OHR	Bureau des ressources humaines
OLA	Bureau des affaires juridiques
OMA	Bureau des affaires militaires
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
ORT	Outil de signalement en ligne des épidémies
OSCM	Bureau de la gestion de la chaîne d'approvisionnement
PCC	Pays fournisseur de personnel de police
PDV	Visite d'inspection avant déploiement
PEP	Prophylaxie post-exposition
PFC	Pays fournisseur de contingents
PHTLS	Soins préhospitaliers de réanimation traumatologique
PKO	Opération de maintien de la paix
PLF	Perte permanente de fonction
PM	Mission permanente
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
POC	Protection des civils
POI	Lieu de la blessure ou de maladie
SG	Secrétaire général
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
SLA	Accord de prestation de services
SMO	Médecin en chef
SO	Officier d'état-major
SOP	Procédure opérationnelle permanente
SORT	Processus permettant de trier les personnes blessées par groupes en fonction de leur besoin réel ou probable de traitement médical immédiat. Le triage est utilisé en cas d'urgence médicale.
SPM	Mission politique spéciale

SRSG	Représentant spécial du Secrétaire général
SSS	Service d'appui à l'approvisionnement
SST	Sécurité et santé au travail
T/PCC	Pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police
TAM	Mission d'évaluation technique
TIC	Technologies de l'information et des communications
UCSD	Division de l'appui au personnel en tenue
UNCT	Équipe de pays des Nations Unies
UNGSC	Centre de services mondial de l'ONU
UNHQPS	Normes des Nations Unies sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNJMS	Services médicaux communs des Nations Unies
UNLB	Base logistique des Nations Unies
UNMEM	Experts militaires des Nations Unies en mission
UNMERT	Équipe d'intervention médicale des Nations Unies
UNOCC	Centre des Nations Unies pour les opérations et la gestion des crises
UNOE	Matériel appartenant aux Nations Unies
UNOPS	Bureau des Nations Unies pour les services d'appui aux projets
UNSDCF	Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable
VDRL	Laboratoire de recherche sur les maladies vénériennes
VHF	Très haute fréquence
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
WRA	Évaluation des risques sur le lieu de travail

Liste des tableaux

Tableau 1 Composition d'une équipe de santé mentale de la mission et d'une équipe de santé mentale du pays contributeur	108
---	-----

Liste des figures

Figure I : Structure de surveillance du siège de l'ONU	3
Figure II : Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail .	4
Figure III Soutien médical civilo-militaire intégré dans les opérations de maintien de la paix.....	17
Figure IV : Structure de direction et de contrôle sanitaire sur le terrain.....	20
Figure V : Concept de soutien sanitaire des Nations Unies	25
Figure VI : Panorama des instruments de planification	42
Figure VII : Principes directeurs du plan de soutien sanitaire.....	43
Figure VIII : Aperçu du cadre de planification des entités intégrées des Nations Unies présentes sur le terrain.....	46
Figure IX : Principaux éléments à prendre en compte dans un plan de soutien sanitaire.....	48
Figure X : QR Code pour soumettre un rapport d'incident	130

Liste des annexes

Annexe 1.1	Structure organisationnelle des Nations Unies
Annexe 1.2	Acteurs de la chaîne d'approvisionnement médicale sur le terrain
Annexe 1.3	Fonctions de la Cellule médicale de la mission (Cellule médicale de la force/Section des services médicaux)
Annexe 1.4	Considérations relatives à la planification de la logistique médicale pour les missions sur le terrain
Annexe 1.5	Normes médicales et assurance qualité au sein de la chaîne d'approvisionnement médicale des Nations Unies
Annexe 1.6	Département de l'appui opérationnel des Nations Unies – Politiques et directives relatives à la chaîne d'approvisionnement
Annexe 2.7	Format du plan de soutien sanitaire
Annexe 2.8	Formation aux premiers secours pour les soldats de la paix
Annexe 2.9	Formation professionnelle préalable au déploiement pour le personnel médical
Annexe 2.10	Formation générale préalable au déploiement pour les chefs d'unité médicale et le personnel médical clé
Annexe 2.11	Guide pour remplir les modèles de plan d'intervention en cas de situations entraînant un grand nombre de victimes (Directives et modèles des Nations Unies relatifs aux situations entraînant un grand nombre de victimes et références hors ONU)
Annexe 2.12	Politique des Nations Unies pour la gestion des crises – 2023
Annexe 3.13	Qualifications professionnelles minimales requises pour le personnel médical déployé dans le cadre des missions des Nations Unies
Annexe 3.14	Présentation de rapports et signalement à la DHMOSH
Annexe 3.15	Instruction permanente : Notification des pertes survenues dans le cadre des opérations de maintien de la paix et des missions politiques spéciales
Annexe 3.16	Formulaire de compte rendu médical 2 (rapport sur les installations médicales)
Annexe 3.17	Formulaire de compte rendu médical 3A (rapport sur les prises en charge)
Annexe 3.18	Formulaire de compte rendu médical 3B pour les nouveaux cas et les diagnostics
Annexe 3.19	Comprendre le continuum de la santé mentale
Annexe 3.20	Conditions empêchant le déploiement dans une mission des Nations Unies

MODULE 1: ADMINISTRATION

Chapitre 1 : Structure des services médicaux du Siège de l'Organisation des Nations Unies

1.1. Soutien sanitaire et structure de contrôle du Siège de l'ONU

Le soutien sanitaire sur le terrain est assuré par le Département de l'appui opérationnel par l'intermédiaire de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail (DHMOSH) et de la Section du soutien sanitaire. Voir la structure organisationnelle des Nations Unies à l'annexe 1.1 pour plus d'informations. La DHMOSH fournit des services spécialisés en matière de gestion des soins de santé, de santé et de sécurité au travail et de santé publique à toutes les entités du Secrétariat des Nations Unies, y compris les missions sur le terrain, les bureaux hors Siège et les commissions économiques ainsi que les agences, fonds et programmes des Nations Unies basés à New York. Elle assure également un leadership stratégique sur les questions médicales touchant l'ensemble du système par l'intermédiaire des directeurs des services médicaux des Nations Unies et renforce la gouvernance en matière de sécurité et de qualité des soins de santé dispensés sur le terrain, notamment dans les établissements de soins de santé des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police, pour réduire les atteintes évitables dans le cadre des soins de santé et améliorer les résultats en matière de soins de santé.

Son objectif est d'accroître l'efficacité des Nations Unies en promouvant et en préservant la santé de tout le personnel des Nations Unies. Cet objectif peut être atteint grâce à une planification, une coordination, un suivi et une supervision professionnelle efficaces des services médicaux et du soutien sur le terrain. La section du soutien sanitaire fournit des conseils et des orientations d'experts techniques pour améliorer la chaîne d'approvisionnement des soins de santé en identifiant des solutions d'approvisionnement pour les équipements, les consommables et les

fournitures de soins de santé, les produits pharmaceutiques, y compris les médicaments et les produits sanguins, et les services de santé et médicaux connexes.

L'organigramme ci-dessous illustre la structure de surveillance :

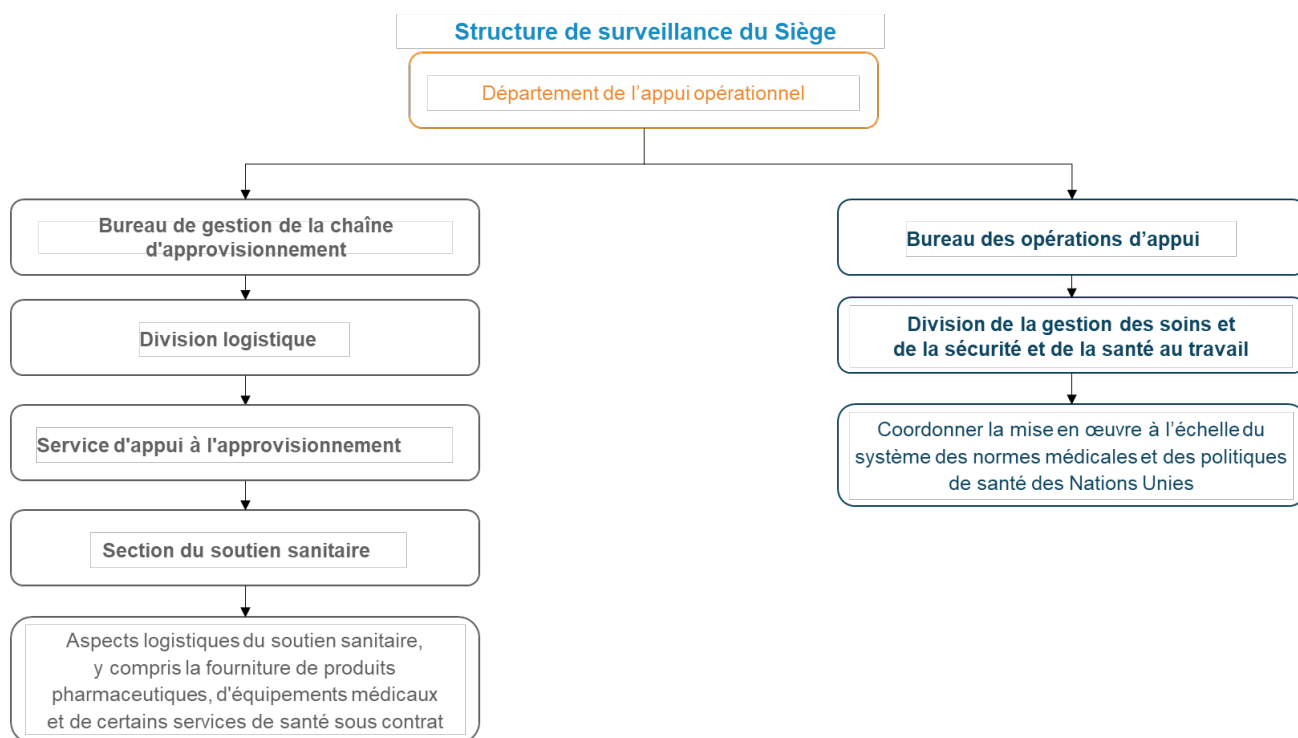


Figure I : Structure de surveillance du siège de l'ONU

1.2. Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail : structure, fonctions et responsabilités

La Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail (DHMOSH) fournit des services de santé au travail sur place à New York ainsi que des services dans plus de 100 sites dans le monde. Au travers de ses deux composantes que sont la gestion des soins de santé et la sécurité et la santé au travail, le DHMOSH s'efforce d'améliorer l'accès et la fourniture des services connexes au personnel dans tous les lieux sous sa responsabilité.

La bonne gestion des soins de santé repose sur un cadre de gestion des soins de santé comprenant des normes relatives à la qualité des soins fournis et aux capacités des praticiens des Nations Unies, des installations médicales et d'évacuation médicale (EVAMED), ainsi que sur la mise en œuvre d'une planification des effectifs.

La DHMOSH s'acquitte de son mandat par le biais de sa structure organisationnelle, qui comprend les sections suivantes :

- a) Bureau du directeur
- b) Gouvernance clinique
- c) Gestion des effectifs médicaux
- d) Sécurité et santé au travail (SST)
- e) Santé publique
- f) Bureau des conseillers du personnel
- g) Équipe d'intervention médicale des Nations Unies

Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail

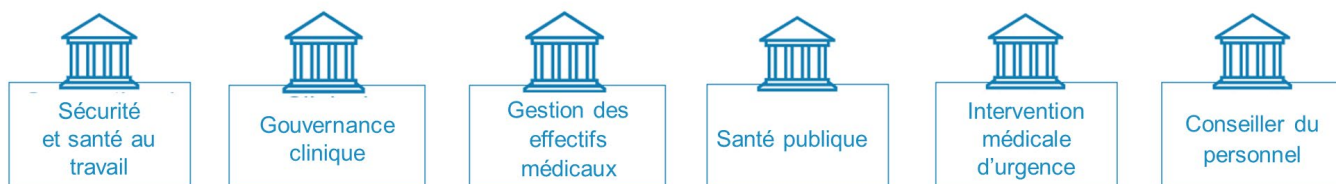


Figure II : Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail

1.3. Politique générale et rôle consultatif de la DHMOSH

Les fonctions et les responsabilités de la DHMOSH comprennent, sans toutefois s'y limiter :

- Formuler et réviser les normes, politiques et directives médicales des Nations Unies et assurer la coordination et le suivi de leur mise en œuvre à l'échelle du système.
- Fournir des conseils et une surveillance en matière de sécurité et de santé au travail.
- Fournir une supervision professionnelle et technique au personnel médical dans les missions.
- Fournir des conseils techniques sur le recrutement du personnel médical.
- Exécuter d'autres fonctions médico-administratives telles que l'administration des congés de maladie et des évacuations sanitaires secondaires et la gestion des droits au remboursement des frais médicaux.
- Déterminer si une blessure ou une maladie est liée au travail et calculer le degré d'invalidité permanente, le cas échéant.
- Réaliser des évaluations techniques des hôpitaux centraux et des centres d'évacuation régionaux.
- Effectuer des visites de conseil et d'évaluation.
- Réaliser des actions de renforcement des capacités et de gestion des effectifs.

1.4. Bureau du directeur

Les principales fonctions du Bureau du Directeur sont :

- i. Agir au titre de conseiller principal auprès du Secrétaire général et des chefs des agences basées à New York sur toutes les questions liées à la santé de leur personnel (y compris le personnel civil et en tenue du Secrétariat de l'ONU et le personnel du PNUD, de l'UNICEF, du FNUAP, de l'ONU-Femmes et de l'UNOPS).

- ii. Superviser les normes de soins de santé dans tous les établissements de santé des Nations Unies, y compris les établissements gérés par des civils et des contingents dans le monde entier.
- iii. Superviser le travail de la Division de la gestion des soins et de la sécurité et de la santé au travail.
- iv. Effectuer et superviser toutes les tâches de gestion nécessaires au fonctionnement efficace et efficient de la DHMOSH, y compris la préparation des budgets, l'établissement de rapports sur l'exécution du budget, la gestion des performances individuelles et d'équipe, le perfectionnement du personnel et l'accompagnement des carrières.
- v. Prendre la direction de l'évaluation continue des besoins et l'élaboration, et de la mise en œuvre, du suivi, de l'évaluation et/ou de la mise à jour des politiques, des procédures, des normes, des protocoles, des lignes directrices et des plans d'urgence, et coordonner les programmes et initiatives de promotion de la santé en collaboration avec les cadres, le personnel des ressources humaines et d'autres partenaires clés.
- vi. Assurer la supervision de la gestion des soins de santé par le biais de conseils professionnels et techniques et d'un contrôle relatifs aux effectifs et aux normes de qualité clinique de toutes les installations médicales des Nations Unies et des médecins agréés par les Nations Unies partout dans le monde afin de garantir l'accès du personnel aux soins de santé dans tous les lieux d'affectation sur le terrain.
- vii. Examiner les demandes d'aménagement du lieu de travail et les demandes de surclassement des voyages médicaux pour le Secrétariat de l'ONU, le PNUD, l'UNICEF, ONU Femmes, l'UNFPA et l'UNOPS (siège de l'ONU).
- viii. Agir au titre de conseiller médical auprès du Comité consultatif pour les demandes d'indemnisation (CCDI), de la Caisse commune des pensions du personnel des Nations Unies (CCPPNU) et des organes délibérants et d'enquête du Secrétariat.

- ix. Planifier et mettre en œuvre des programmes de changement stratégique pour la gestion des soins de santé dans le système des Nations Unies, en tenant compte de la présence sur le terrain du personnel des Nations Unies et du danger accru des missions de maintien de la paix, et en s'assurant que les questions de santé sont représentées, selon les besoins, au sein des organes de gouvernance interinstitutions, notamment le Comité de haut niveau sur la gestion, le Réseau des directeurs médicaux, le Réseau des ressources humaines et le Réseau interorganisations pour la gestion des mesures de sécurité.
- x. Identifier des partenaires stratégiques en dehors du système des Nations Unies et explorer des domaines de coopération potentiels en vue d'améliorer la prestation des soins de santé au sein du système des Nations Unies.

1.5. Gouvernance clinique

La Section de la gouvernance clinique se concentre sur l'amélioration et la normalisation de la qualité des soins de santé et des normes de sécurité des patients de tous les établissements de santé du système des Nations Unies grâce à un cadre de responsabilisation à l'échelle des Nations Unies pour les services de santé. Il comprend une application système permettant de garantir le respect des normes des Nations Unies en matière de qualité des soins de santé et de sécurité des patients (UNHQPS) et l'amélioration continue des services.

Les principales fonctions de la Section de la gouvernance clinique sont les suivantes :

- i. Veiller à ce que les établissements de santé sur le terrain et les hôpitaux centraux respectent les normes des Nations Unies en matière de qualité des soins de santé et de sécurité des patients. Cela passe par la formation des commandants d'hôpitaux, des chefs des services médicaux et d'autres prestataires de soins de santé sur le terrain, l'évaluation des hôpitaux et autres établissements de santé, la formulation de recommandations et le suivi des plans de mise en œuvre. Cela implique également le développement et la mise en œuvre d'outils de suivi des

performances et le développement de plateformes d'apprentissage en ligne pour la qualité des soins et la sécurité des patients.

- ii. Développer des parcours cliniques fondés sur des données probantes concernant des problèmes de santé constatés sur le terrain et aider les prestataires de soins de santé concernés des Nations Unies et des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police à mettre en œuvre ces parcours dans leurs établissements.
- iii. Réaliser des audits cliniques des établissements de santé des Nations Unies et des pays fournisseurs.
- iv. Promulguer les procédures opérationnelles standard pour l'analyse des causes profondes d' événements sentinelles¹, effectuer des analyses des causes profondes et former le personnel médical sur le terrain à effectuer ce type d'analyse dans les missions sur le terrain, en fonction des besoins.
- v. Assurer la tenue du tableau de bord de l'expérience patient à l'usage des établissements médicaux afin de fournir une boucle de rétroaction sur la qualité des soins fournis dans ces établissements.
- vi. Répondre aux plaintes des patients et fournir des recommandations aux établissements de santé.
- vii. Développer et mettre en œuvre un système de déclaration des événements cliniques indésirables, dans le cadre de l'introduction d'une « culture juste » (une culture consistant à ne plus blâmer les erreurs, mais à se concentrer sur

¹ Selon la [Joint Commission](#), un événement sentinelle « est un événement lié à la sécurité des patients qui entraîne la mort, un préjudice permanent ou un préjudice temporaire grave ».

les problèmes du système afin d'encourager la notification des événements et de tirer des leçons des échecs).

- viii. Effectuer des visites d'évaluation des établissements médicaux dans les lieux d'affectation hors siège et des centres d'évacuation régionaux afin d'évaluer leurs services et de garantir leur conformité aux politiques.
- ix. Examiner les demandes des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police concernant les décès et les invalidités permanentes de personnel en tenue causés par une maladie ou une blessure liée à la mission et fournir des conseils sur l'indemnisation.
- x. Participer à des visites de conseil, d'évaluation et d'inspection avant déploiement dans les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police afin de les familiariser avec les politiques de santé et les normes médicales des Nations Unies, et de leur expliquer comment s'y conformer avant et pendant le déploiement et comment assurer le suivi de leur mise en œuvre.
- xi. S'assurer que les projets médicaux financés à partir de fonds extra budgétaires sont initiés et achevés.

1.6. Gestion du personnel médical

La Section de la gestion du personnel de santé est chargée de la planification stratégique et de la gestion du personnel de santé des Nations Unies. L'équipe fournit des conseils sur le recrutement des professionnels de santé, les programmes de formation et de perfectionnement professionnel, ainsi que sur les examens d'habilitation technique pour garantir que les professionnels de santé sont en mesure de s'acquitter des fonctions qui leur sont attribuées.

Les principales fonctions de la Section du personnel de santé sont les suivantes :

- i. Rationaliser et normaliser les procédures d'autorisation technique en garantissant la conformité avec les lignes directrices relatives à l'examen des autorisations techniques du personnel médical en vue de son déploiement dans les lieux d'affectation hors Siège des Nations Unies.
- ii. Fournir des conseils sur le recrutement de personnel médical ou, le cas échéant, recruter du personnel médical.
- iii. Fournir un soutien technique à tout le personnel médical déployé dans les missions sur le terrain et les lieux d'affectation hors Siège des Nations Unies.
- iv. Assurer la tenue d'une base de données sur le personnel médical.
- v. Fournir des conseils en matière de formation du personnel médical et coordonner et organiser la formation continue du personnel médical par le biais de webinaires, de séminaires et d'ateliers réguliers.
- vi. Participer à la planification intégrée de l'appui aux missions et à la planification médicale d'urgence.
- vii. Fournir des conseils et un appui aux missions sur le terrain et aux lieux d'affectation hors Siège des Nations Unies dans l'élaboration et la mise à jour des Plans de soutien sanitaire et des procédures opérationnelles standard.
- viii. Développer des solutions de planification médicale sur mesure avec des prestataires sous contrat.
- ix. Superviser la mise en œuvre et l'exécution des politiques relatives à une gamme de prestations médicales, notamment les congés de maladie, l'évacuation sanitaire, le rapatriement et l'allocation spéciale pour personne à charge pour le personnel civil.

1.7. Sécurité et santé au travail (SST)²

La Section de la sécurité et de la santé au travail a pour objectif de réduire les incidents, les maladies et les blessures sur le lieu de travail en effectuant des évaluations des risques et en mettant en œuvre des mesures d'atténuation des dangers sur le lieu de travail. Ces dangers concernent notamment l'exposition aux produits chimiques, les maladies infectieuses, les équipements et les machines, et les pratiques de travail en général. En mettant en place des systèmes de prévention et de gestion efficace des blessures et des maladies, la section contribue également à réduire les coûts liés à la santé et à la sécurité. En outre, elle s'efforce d'améliorer l'expérience client et d'accroître l'efficacité du processus de gestion des incidents en intégrant l'automatisation et en améliorant l'enregistrement et la communication des données de santé et de sécurité. Le principal objectif de la Section de la sécurité et de la santé au travail est de créer un environnement de travail sûr et sain, conformément aux exigences des Nations Unies.

Les principales fonctions de la Section de la sécurité et de la santé au travail sont les suivantes :

- i. Mettre en place un système de gestion intégrée de la sécurité et de la santé au travail à l'échelle du système des Nations Unies pour répondre aux exigences en matière de capacités du Cadre de santé et de sécurité au travail du Comité de haut niveau sur la gestion. Cela couvre cinq domaines clés :
 - a. Pilotage de l'élaboration de la politique et des normes des Nations Unies en matière de SST ;
 - b. Mise en place d'un système de notification des incidents ;
 - c. Établissement d'un registre des risques SST (intégré aux approches de gestion des risques d'entreprise) ;

² Pour plus d'informations, reportez-vous au module 4 : Sécurité et santé au travail.

- d. Développement des capacités en matière de SST au sein du personnel des Nations Unies, y compris l'élaboration et la mise en œuvre de formations en matière de SST et la sélection de personnel qualifié en matière de sécurité et de santé au travail ;
 - e. Fourniture de rapports annuels à la haute direction sur les performances des Nations Unies en matière de SST.
- ii. Fournir des conseils et un appui sur les questions de SST à haut risque ou hautement prioritaires aux bureaux, commissions économiques, missions et équipes de pays des Nations Unies partout dans le monde lorsque ces entités ne disposent pas de capacité interne en matière de SST.
 - iii. Doter le Siège de l'ONU de moyens en matière de SST, y compris un soutien au Comité SST basé à New York et l'élaboration de politiques et de communiqués spécifiques au Siège de l'ONU (tels que ceux relatifs à la gestion des maladies infectieuses au Siège).
- iv. Services cliniques, y compris :
 - a. Fournir une clinique de santé au travail sur place pour les consultations de voyage, les services de santé préventifs (tels que les campagnes de vaccination) et d'autres activités connexes de santé au travail ;
 - b. Fournir des services d'ergonomie et de santé environnementale au personnel du Siège de l'ONU ;
 - c. Si nécessaire, fournir une assistance immédiate en cas de blessures et de maladies sur place, y compris en cas d'urgence médicale, et apporter un soutien en cas d'événement faisant de nombreuses victimes au Siège de l'ONU.

1.8. Santé publique³

La Section de la santé publique s'efforce d'améliorer la santé et le bien-être de la communauté des Nations Unies, tant sur le lieu de travail qu'en dehors.

Les principales fonctions de la Section de la santé publique sont :

- i. Fournir le leadership stratégique et les orientations politiques nécessaires à la gestion des urgences et des crises de santé publique dans les lieux d'affectation et les missions des Nations Unies partout dans le monde.
- ii. Entreprendre des études épidémiologiques et analytiques – et apporter une réponse aux épidémies lorsque nécessaire.
- iii. Entreprendre des activités de promotion de la santé pour le système des Nations Unies.
- iv. Superviser des projets favorisant un mode de vie actif et sain parmi le personnel des Nations Unies.
- v. Coordonner et fournir un soutien technique au programme VIH dans les missions de maintien de la paix/politiques et à la gestion globale du programme de kits de prophylaxie post-exposition (PPE) au VIH.

1.9. Équipe d'intervention médicale des Nations Unies

L'équipe d'intervention médicale des Nations Unies assume la responsabilité principale des aspects liés aux urgences médicales et aux traumatismes des opérations de la DHMOSH.⁴ L'équipe vise à coordonner la responsabilité partagée du

³ Voir *Manuel de soutien sanitaire pour les missions sur le terrain des Nations Unies* (2024), chap. 12

⁴ [Nations Unies, Portail des ressources humaines, « Les Services médicaux, un élément essentiel de la résilience de l'Organisation », 15 mars 2017.](#)

personnel de sécurité et du personnel médical dans les scénarios de gestion de crise impliquant un grand nombre de victimes.

Les principales fonctions de l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies sont les suivantes :

- i. Concevoir et superviser les systèmes d'intervention d'urgence/de réponse aux traumatismes, ainsi que la formation et la préparation à l'intervention d'urgence/ à la réponse aux traumatismes.
- ii. Conseiller les lieux d'affectation sur le terrain sur les aspects médicaux de l'évacuation sanitaire primaire ainsi que sur la préparation aux situations entraînant un grand nombre de victimes, et participer à des simulations de crise concernant les évacuations sanitaires primaires le cas échéant.

1.10. Bureau des conseillers du personnel⁵

Le Bureau des conseillers du personnel fonctionne comme un bureau indépendant au sein de la DHMOSH, son chef rendant compte au directeur adjoint du service médical. Le bureau propose une variété de services visant à aider le personnel des Nations Unies à gérer son bien-être mental et ses problèmes psychosociaux.

Les principales fonctions du Bureau des conseillers du personnel sont les suivantes :

- i. Consultation individuelle en santé mentale
- ii. Consultations pour les gestionnaires
- iii. Évaluation des risques psychosociaux
- iv. Orientation générale et développement
- v. Activités assistées par des animaux
- vi. Initiatives psychoéducatives et de prévention.

⁵Voir *Manuel de soutien sanitaire pour les missions sur le terrain des Nations Unies* (2024), chap. 14. Santé mentale

1.11 Section du soutien sanitaire (Service d'appui à l'approvisionnement/Division de la logistique/Bureau de la gestion de la chaîne d'approvisionnement)

Au sein du Département de l'appui opérationnel, le Bureau de gestion de la chaîne d'approvisionnement (OSCM) regroupe les fonctions de logistique et d'approvisionnement pour garantir un processus intégré tout au long de la chaîne. La Section du soutien sanitaire est un fournisseur et un facilitateur de solutions de soutien sanitaire pour toutes les entités clientes du département, y compris les missions de maintien de la paix des Nations Unies et celles qui ne relèvent pas des Nations Unies, les missions politiques spéciales et autres missions sur le terrain. La section est structurée en catégories médicales correspondant à des fonctions spécifiques, comme suit :

- a. Équipements et consommables médicaux
- b. Services de santé
- c. Produits pharmaceutiques et produits sanguins

Les principales fonctions remplies par la gestion de la chaîne d'approvisionnement médicale des Nations Unies comprennent :

- i. **Demande des clients** : Répondre aux demandes de biens et de services des missions des Nations Unies.
- ii. **Suivi et traçabilité** : Surveiller l'état des demandes, des bons de commande ou des expéditions pour suivre l'état d'avancement et garantir l'exécution des marchés.
- iii. **Planification de la demande** : Élaborer des plans optimisés pour l'approvisionnement, la logistique, le stockage, le transport et la distribution.
- iv. **Approvisionnement** : Évaluer les fournisseurs potentiels de l'Organisation et sélectionner les meilleurs.
- v. **Logistique entrante** : Organiser le stockage, le transport et la livraison des marchandises entrantes du fournisseur vers un lieu de distribution.

- vi. **Stockage et transport** : Stocker ou conditionner les marchandises pour le transport dans le respect des délais.
- vii. **Logistique sortante** : Distribuer des biens et des services aux clients.
- viii. **Livraison et réception** : S'assurer que les clients reçoivent les bons produits, au bon moment et dans les meilleures conditions possibles.
- ix. Fournir des **conseils et une expertise techniques** pour améliorer la chaîne d'approvisionnement en soins de santé.
- x. Identifier des solutions d'approvisionnement pour les éléments suivants :
 - a. **Équipements médicaux** et dentaires, consommables et fournitures ;
 - b. **Produits pharmaceutiques** (médicaments et produits sanguins) ;
 - c. **Services médicaux et de santé connexes** (besoins en personnel et/ou en capacités médicales, pour les interventions d'urgence).
- xi. Mise en place et gestion **de contrats-cadres couvrant les solutions mentionnées ci-dessus.**
- xii. Développer et mettre à jour les stratégies relatives aux différentes catégories de produits et services médicaux, introduire des innovations et piloter des initiatives pertinentes de gestion par catégorie.

1.12 Relations interinstitutions avec le Siège de l'ONU et les missions sur le terrain dans la prestation de services de soins de santé

La Section du soutien sanitaire travaille avec des partenaires des Nations Unies et des partenaires en dehors de l'Organisation pour **planifier, mettre en place et assurer la pérennité** d'opérations dans des environnements complexes. Les relations entre les parties prenantes dans la prestation de soins de santé dans les opérations de maintien de la paix concernent un large éventail d'entités, ce qui nécessite une coopération efficace. Ces relations sont illustrées dans le diagramme ci-dessous. Le Chef du service médical de la mission est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur médical de la DHMOSH pour les questions cliniques, administratives et opérationnelles, et du Chef de la Section du soutien sanitaire pour

les questions de logistique médicale. Au-delà de ces liens hiérarchiques, la coopération s'étend également à différents organismes, fonds et programmes.

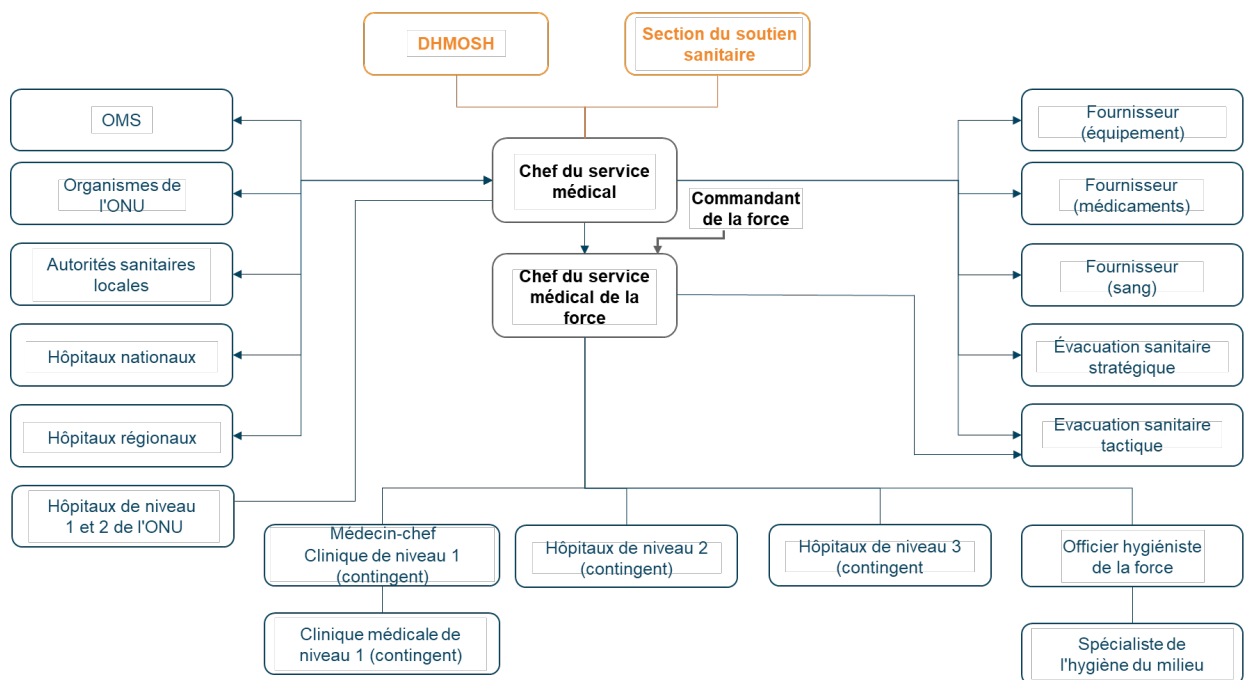


Figure III Soutien médical civilo-militaire intégré dans les opérations de maintien de la paix

1.13. Messages clés

- Le DHMOSH fournit des services de soins de santé spécialisés à toutes les entités du Secrétariat des Nations Unies, y compris les missions sur le terrain, les bureaux hors Siège et les commissions économiques, ainsi qu'aux agences, fonds et programmes basés à New York, ainsi qu'un leadership stratégique sur les questions médicales à l'échelle du système par l'intermédiaire des directeurs des services médicaux des Nations Unies.
- Le Chef du service médical de la mission est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur médical de la DHMOSH pour les questions cliniques, administratives et opérationnelles, et du Chef de la Section du soutien sanitaire pour les questions de logistique médicale.

Chapitre 2 : Structure médicale des services de santé sur le terrain

Dans les missions mandatées par le Conseil de sécurité, le soutien sanitaire se compose souvent d'une composante civile et d'une composante militaire/police. Il est donc essentiel d'avoir une bonne compréhension des fonctions et des responsabilités des différentes composantes médicales de ces missions et de disposer de lignes hiérarchiques bien définies pour le personnel médical respectif afin de garantir des opérations de soutien médical efficaces sur le terrain.

Ce chapitre vise à clarifier les fonctions et les responsabilités des titulaires de postes médicaux civils et militaires de haut rang sur le terrain. Les liens hiérarchiques pour les questions médicales, sur le plan professionnel et technique, sont définis dans le cadre d'une mission intégrée civilo-militaire/policière. Étant donné que les missions de maintien de la paix varient en termes de structure, les orientations suivantes doivent être considérées comme des exemples, mais elles ne sont pas nécessairement applicables dans leur intégralité dans toutes les structures de mission, existantes ou possibles. Les missions plus réduites, par exemple, n'ont pas forcément un Chef du service médical et un Chef du service médical de la force, auquel cas les deux postes sont combinés en un seul.

2.1. Structure de surveillance médicale au sein des missions

La Section des services médicaux, sous la direction du Chef du service médical, rend normalement compte au Chef de la prestation de services.

2.2. Gestion du soutien sanitaire

La responsabilité globale du dispositif médical de la mission incombe au Chef de mission, mais il est géré par le Directeur ou le Chef de l'appui à la mission et par le directeur du service médical.

Les besoins en matière de soutien sanitaire sont décrits dans le concept de mission, les concepts d'opérations des composantes militaires et policières et le concept de soutien. Ces exigences sont intégrées au plan de soutien sanitaire, qui fait partie du Plan global d'appui à la mission. Le plan de soutien sanitaire identifie les biens et services médicaux nécessaires ainsi que les options d'approvisionnement et de livraison (annexe 1.2).

En plus du plan d'appui à la mission mis à jour chaque année, toutes les missions disposent d'une équipe de gestion de crise, de plans de circonstance intégrés et de procédures de délégation des demandes d'approbation déléguée pour l'affectation des moyens d'évacuation sanitaire primaire, qu'il s'agisse de ceux de la mission ou d'autres moyens. Le Chef du service médical fait partie du groupe de travail sur la gestion de crise. Il est chargé de fournir des conseils et des recommandations sanitaires à l'équipe de gestion de crise et de contribuer au volet médical des plans de circonstance.

2.3. Structure médicale des missions de terrain

Pour une utilisation efficace des ressources, les missions de terrain intègrent les ressources médicales des Nations Unies, des ressources des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police (ou des contingents eux-mêmes) et des ressources médicales sous contrat dans un dispositif sanitaire unique afin de garantir la fourniture d'un soutien sanitaire rapide et de grande qualité au personnel des Nations Unies.

2.4. Cellule médicale de la mission

La cellule médicale de la mission est une structure informelle qui regroupe la Section des services médicaux et la cellule médicale de la force pour former un seul bureau afin de faciliter la coopération. Dans la mesure du possible, les bureaux du Chef du service médical et du Chef du service médical de la force doivent être situés au même endroit afin de maximiser le potentiel de collaboration. Le Chef du service médical

dirige la cellule médicale de la mission et est responsable de la mise en œuvre collective de toutes les fonctions médicales de la mission. Ces fonctions ne peuvent être mises en œuvre que grâce à une coopération efficace entre les bureaux du Chef du service médical et du Chef du service médical de la force. L'annexe 1.3. décrit les fonctions, responsabilités et compétences respectives de chaque membre de la Section médicale de la mission.

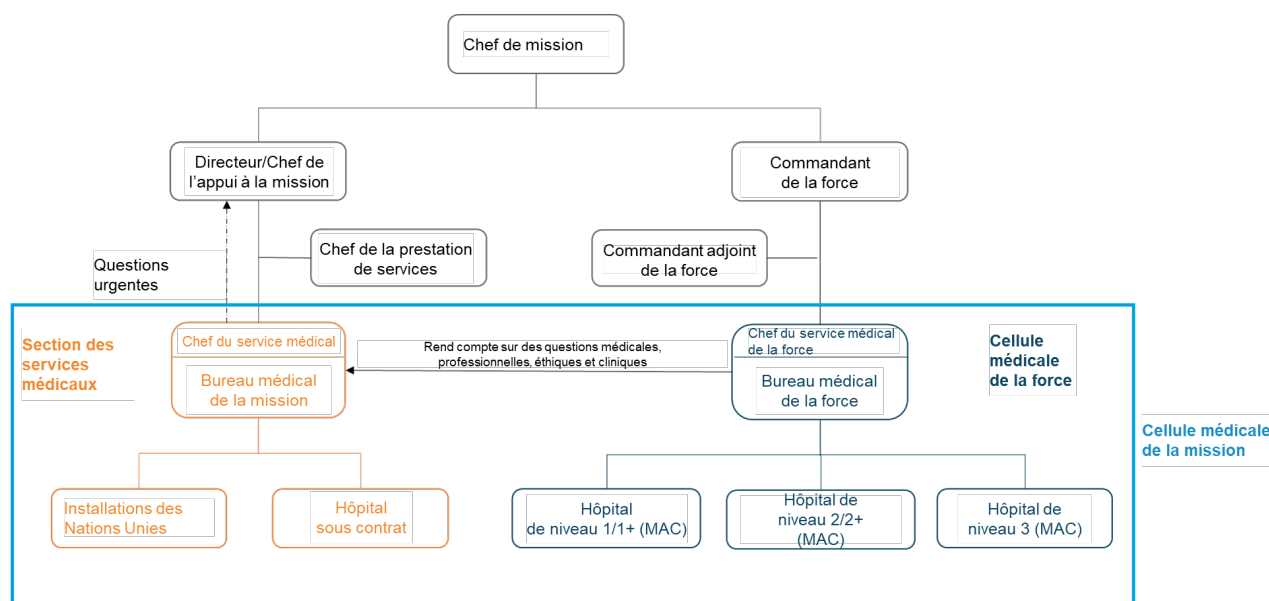


Figure IV : Structure de direction et de contrôle sanitaire sur le terrain

2.5. Section des services médicaux

Les services médicaux de la mission sont dirigés par le Chef du service médical. Le Chef du service médical est responsable de la prestation de services médicaux complets, intégrés et de qualité à tout le personnel de la mission. Le Chef du service médical est placé sous l'autorité hiérarchique du Directeur médical de la DHMOSH, pour toutes les questions cliniques et administratives, et du Chef de la Section du soutien sanitaire pour les questions de logistique médicale.

Au niveau de la mission, le Chef du service médical planifie et administre le volet médical du budget de la mission et rend compte au Directeur ou Chef de l'appui à la mission pour toutes les questions médicales ayant des implications financières. Le Chef du service médical supervise tous les moyens médicaux de la mission (installations médicales de niveaux 1, 2 et 3 appartenant aux Nations Unies et aux pays fournisseurs de contingents respectivement) et veille à ce que les capacités médicales sous contrat soient conformes aux termes du contrat.

2.6. Cellule médicale de la force

La cellule médicale de la force est dirigée par le Chef du service médical de la force et comprend tous les autres médecins militaires de la force. Le Chef du service médical de la force est le médecin militaire le plus haut gradé au sein de la force de maintien de la paix.

Il rend compte au commandant de la force sur la santé du contingent de maintien de la paix et l'état de préparation opérationnelle des unités médicales des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police. Par ailleurs, il est responsable devant le Chef du service médical de l'efficacité médicale des unités médicales militaires. Le Chef du service médical de la force rend compte au Chef du service médical des performances professionnelles et cliniques de la cellule médicale de la force. Il veille également à ce que les ressources médicales militaires répondent aux normes des Nations Unies en participant régulièrement aux inspections du matériel appartenant aux contingents (MAC). Le Chef du service médical de la force doit avoir le grade de colonel.

2.7. Services médicaux communs des Nations Unies

Les services d'appui, y compris les services médicaux tels que ceux des Services médicaux communs des Nations Unies (UNJMS), sont offerts aux agences, fonds et programmes qui peuvent y souscrire dans le cadre d'un protocole d'accord et dans des conditions décrites dans l'accord de prestation de services. Cet accord définit le

cadre de coopération et de coordination relatif aux services d'appui ou aux services communs. La participation à l'accord de prestation de services est facultative. Sauf disposition contraire, les services communs ne seront pas accessibles aux entités des Nations Unies qui ne sont pas signataires de l'accord de prestation de services.

Les services médicaux communs des Nations Unies sont principalement chargés de la santé et du bien-être du personnel des Nations Unies et des personnes à charge éligibles. Ils offrent un bouquet de services spécifiques aux agences, fonds et programmes des Nations Unies opérant dans la zone de la mission qui ont souscrit aux services communs. Dans certaines missions, toutefois, les services médicaux communs des Nations Unies fournissent des soins primaires et des soins d'urgence, et organisent des évacuations médicales, le cas échéant, pour tout le personnel des Nations Unies recruté au niveau national et international et pour les personnes à charge éligibles.

Pour garantir le respect des normes médicales fixées par les Nations Unies, les services médicaux communs appliquent les politiques et les directives d'un Comité de surveillance et d'orientation des services communs, qui comprend le chef de chaque organisation participante. Ce comité est présidé par le Représentant spécial/exécutif du Secrétaire général. Le Comité de surveillance et de politique est responsable de la coordination et de la supervision globales de la mise en œuvre de l'accord de prestation de services.

2.8. Messages clés

- Le Chef du service médical dirige la cellule médicale de la mission et est responsable de la mise en œuvre collective de toutes les fonctions médicales de la mission. Ces fonctions sont mises en œuvre grâce à une coopération efficace entre les bureaux du Chef du service médical et du Chef du service médical de la force.

- Le Chef du service médical de la force dirige la cellule médicale de la force et veille à ce que les ressources médicales militaires répondent aux normes des Nations Unies en participant régulièrement aux inspections MAC.
- Les services médicaux communs des Nations Unies sont chargés de la santé et du bien-être du personnel des Nations Unies et des personnes à charge éligibles. Ils offrent un bouquet de services spécifiques aux agences, fonds et programmes des Nations Unies opérant dans la zone de la mission qui ont souscrit aux services communs.

Chapitre 3 : Capacités médicales dans les missions de terrain – Niveaux de soins

3.1. Introduction

Ce chapitre donne un aperçu du concept multi-niveaux de la fourniture de soins médicaux dans les missions des Nations Unies sur le terrain. Il doit toujours être lu en parallèle avec l'édition la plus récente du *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain* (ou manuel MAC). En cas de conflit avec le contenu du Manuel MAC, les dispositions de ce dernier doivent prévaloir sur celles du présent manuel.

3.2. Concept de soutien sanitaire

Le dispositif médical des missions des Nations Unies sur le terrain est organisé selon un cadre multi-niveaux qui englobe différents niveaux de soins, allant des soins de premiers secours sur les lieux des incidents aux soins médicaux spécialisés complets dans les hôpitaux. L'objectif est de fournir des soins cliniques de routine et des traitements permettant de sauver des membres et des vies dans la zone de mission, les soins complexes permettant un traitement définitif étant dispensés en dehors de la zone de mission. La réadaptation se déroule généralement en dehors des missions des Nations Unies sur le terrain, sous la responsabilité du pays contributeur de contingents ou de force de police concerné.

Le soutien sanitaire est modulaire, ce qui signifie qu'il peut être adapté pour répondre aux besoins spécifiques de chaque mission. Les capacités d'évacuation sanitaire primaire et secondaire jouent également un rôle essentiel pour assurer le transfert rapide des patients gravement malades ou blessés.

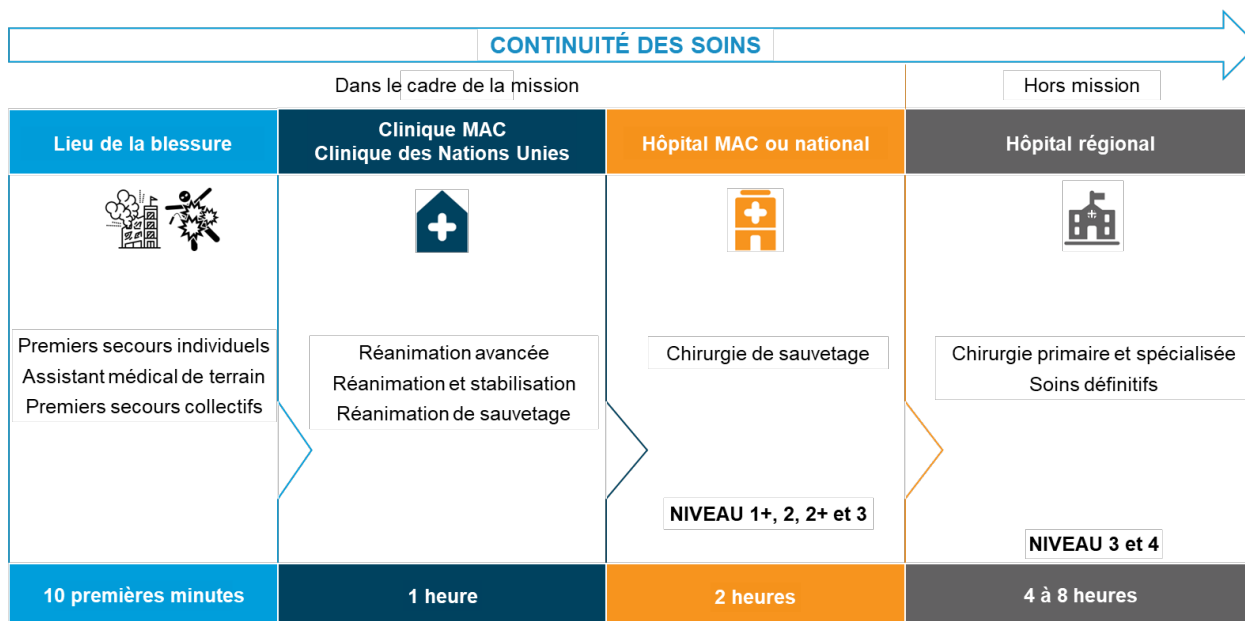


Figure V : Concept de soutien sanitaire des Nations Unies

Le modèle de soins médicaux vise à répondre aux besoins du personnel militaire, policier et civil dans des endroits reculés où d'autres prestataires de soins médicaux ne sont pas facilement accessibles. Il vise à fournir des premiers secours qualifiés par du personnel non médical qualifié, des ambulanciers, des médecins ou des aides-soignants dans les dix minutes suivant un traumatisme ou l'apparition des symptômes, et des soins de réanimation avancés dès que possible, mais idéalement dans un délai ne dépassant pas une heure. Si une opération de chirurgie de sauvetage est nécessaire, elle doit intervenir dans les deux heures.

3.3. Niveaux de soins

Le protocole 10-1-2 est une approche fondée sur des preuves scientifiques qui vise à améliorer les chances de survie du personnel des Nations Unies malade ou blessé. Il sert systématiquement de base pour les processus de planification des urgences médicales.

3.4. Les dix premières minutes

Des mesures de sauvetage immédiates sont appliquées dans les dix premières minutes par le personnel qui a été formé dans le cadre du cours sur les premiers secours pour les camarades de combat et/ou du cours pour les assistants médicaux de terrain des Nations Unies. Le plus basique des deux, celui sur les premiers secours pour les camarades de combat, forme aux interventions essentielles permettant de contrôler les saignements abondants et à d'autres mesures immédiates de sauvetage, ainsi qu'aux techniques pour reconnaître des blessures plus graves. Le du cours pour les assistants médicaux de terrain forme le personnel à la prestation de soins avancés pour traiter les blessures pouvant entraîner la mort les plus courantes, y compris la reconnaissance et la prévention des complications potentiellement mortelles de ces blessures.

Les ressources suivantes peuvent être utilisées lors des 10 premières minutes :

- Nécessaire individuel de premiers secours
- Nécessaire d'assistance médicale sur le terrain
- Nécessaire de premiers secours à usage collectif

De plus amples détails sont disponibles dans le Manuel MAC, chapitre 3, annexe C .⁶

3.5. Installation médicale de niveau 1

Les installations médicales de niveau 1 relèvent de la responsabilité du gouvernement du pays et correspondent au premier niveau où les soins médicaux peuvent être dispensés par un médecin. Il s'agit du premier niveau stationnaire de soins médicaux, c'est-à-dire celui où peuvent être assurés les soins de santé primaires et les services immédiats de sauvetage et de réanimation. Une installation de niveau 1 doit normalement être en mesure d'assurer les services suivants : traitement des

⁶ A/78/87 « [Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain](#) » (2023), chap. 3, annexe C, p. 95-96 et appendices 1 à 3.

affections courantes et sans gravité et des blessures légères compatibles avec une reprise immédiate du travail ; ramassage des blessés sur le lieu de la blessure et triage sommaire ; stabilisation des blessés ; préparation des blessés aux fins de leur évacuation vers une installation médicale de niveau supérieur ; hospitalisation limitée ; conseils en matière de prophylaxie, d'évaluation des risques sanitaires et de protection de la force dans sa zone de responsabilité.

Les installations de niveau 1 doivent pouvoir traiter jusqu'à 20 patients quotidiens en accueil de jour, avoir une capacité d'accueil temporaire de cinq patients pendant un à deux jours et détenir des stocks de produits et consommables médicaux pour 60 jours.⁷

La plupart des installations médicales de niveau 1 peuvent se diviser en deux unités pour desservir deux lieux différents (par exemple, service dans le camp et pendant les patrouilles/reconnaissances). S'il est nécessaire qu'une unité constituée fournisse des services médicaux dans plus de deux emplacements, des ajustements doivent être apportés au protocole d'accord (MOU) pour améliorer les capacités de l'installation de niveau 1, afin que cette dernière soit en mesure de fournir un soutien sanitaire dans tous les emplacements de manière efficace.

En fonction de l'évaluation des risques pour la santé, les capacités d'une installation de niveau 1 peuvent être complétées par des modules (notamment soins dentaires primaires, capacités de laboratoire de base, médecine préventive, équipe chirurgicale

⁷ chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://operationalsupport.un.org/sites/default/files/2023_3_coe_manual_english.pdfA/78/87 « *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain.* » (2023), chap. 3, annexe C, appendice 4.

avancée et équipe d'évacuation sanitaire aérienne), auquel cas l'installation est considérée comme relevant du niveau 1+.⁸

3.6. Installation médicale de niveau 2

Les installations médicales de niveau 2 correspondent au niveau de soins médicaux immédiatement supérieur et offrent des traitements chirurgicaux élémentaires, des services de maintien des fonctions vitales et des services hospitaliers courants. Il peut s'agir d'un équipement appartenant aux Nations Unies ou à un contingent.

En plus de tous les moyens fournis par une installation de niveau 1, une installation de niveau 2 est en mesure d'assurer les services suivants : chirurgie d'urgence, chirurgie de sauvetage, soins postopératoires et soins continus, réanimation et soins intensifs, traitements hospitaliers et services de base concernant l'imagerie médicale, les analyses de laboratoire, la pharmacie, la prophylaxie et les soins dentaires.⁹ Le nombre d'installations de niveau 2 dans une mission dépend de la taille de l'effectif de la mission, de sa répartition dans la zone d'opération, du concept d'opérations militaire et du concept d'opérations Police, de l'environnement de la menace, de la disponibilité des services médicaux du pays hôte ou des services médicaux régionaux des Nations Unies ou bien des services médicaux commerciaux, etc. Les installations de niveau 2 ne sont pas mobiles, c'est-à-dire que les patients doivent y être transportés. En fonction de l'évaluation des risques pour la santé, les établissements de niveau 2 peuvent être complétés par des modules pour atteindre un **niveau 2+** grâce à l'ajout

⁸ chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://operationalsupport.un.org/sites/default/files/2023_coe_manual_english.pdfA/78/87 « *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain.* » (2023), chap. 3, annexe C.

⁹ Les exigences relatives aux installations médicales de niveau 2 sont énoncées à l'appendice 5 de l'annexe C du chapitre 3 du *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain* (2023).

d'un ou plusieurs modules offrant des capacités orthopédiques, chirurgicales ou gynécologiques, ainsi que de médecine interne et/ou d'imagerie diagnostique.

Les installations de niveau 2 doivent être en mesure de réaliser trois à quatre interventions chirurgicales par jour et d'assurer l'hospitalisation de 10 à 20 blessés pendant une période pouvant aller jusqu'à sept jours. Elles doivent également être capables de traiter jusqu'à 40 patients par jour en ambulatoire, d'effectuer 5 à 10 consultations dentaires par jour et de disposer de toutes les fournitures médicales, liquides et consommables nécessaires pour 60 jours (y compris le réapprovisionnement jusqu'au niveau 1).

3.7. Installation médicale de niveau 3

Ces installations assurent le troisième niveau de soutien sanitaire (le plus élevé) qui peut être fourni dans la zone d'une mission des Nations Unies. Elles relèvent généralement du matériel appartenant aux contingents mais peuvent également être mises à disposition dans le cadre d'un contrat commercial. Les installations de niveau 3 fournissent tous les services fournis par les installations de niveau inférieur. Elles offrent en plus des services chirurgicaux polyvalents, des diagnostics et des traitements spécialisés, une capacité renforcée en matière de soins continus, des services de soins intensifs plus développés et des soins ambulatoires spécialisés. Les installations de niveau 3 doivent être en mesure d'effectuer 10 interventions chirurgicales par jour, de fournir des services d'hospitalisation pour 50 patients pendant une durée pouvant aller jusqu'à 30 jours, d'organiser 60 consultations externes et 20 consultations dentaires par jour, d'effectuer 20 radiographies et 40 tests de laboratoire par jour, et disposer de fournitures et consommables médicaux suffisants pour 60 jours. La Section du soutien sanitaire (MSS) et la Division des achats du DOS ont une expérience significative en matière de contractualisation de

services médicaux avec les États Membres dans le cadre de lettres d'attribution (LOA) ou avec des hôpitaux civils dans le cadre de contrats commerciaux .¹⁰

3.8 Installation médicale de niveau 4

Les installations de niveau 4 fournissent le niveau le plus élevé de soins de santé complets permettant un traitement définitif, généralement en dehors de la zone de mission. Les services spécialisés qu'elles offrent comprennent la prise en charge des brûlures, dont le traitement n'est pas assuré dans la zone de la mission, ainsi que la réadaptation et la convalescence. Les installations de niveau 4 sont disponibles dans le cadre d'un contrat commercial ou d'une lettre d'attribution (LOA) avec un gouvernement national.

Les capacités médicales supplémentaires pouvant être déployées en fonction de l'évaluation des risques pour la santé sont énumérées dans le manuel MAC cité ci-dessus et dans les notes de bas de page. Les modules pouvant être rajoutés comprennent : un module de chirurgie mobile légère, une installation consacrée aux analyses de laboratoire uniquement, une installation consacrée aux soins dentaires uniquement, un module d'évacuation sanitaire aérienne, un module chirurgical avancé, un module de gynécologie, un module d'orthopédie, un module de physiothérapie et un module de médecine interne.¹¹

3.9 Messages clés

- Le protocole 10-1-2 sert systématiquement de base pour les processus de planification des urgences médicales.

¹⁰ Pour plus de détails sur les exigences relatives aux installations de niveau 3, voir l'appendice 6 du chap. 3, annexe C de A/78/87 « *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain* » chrome-extension://efaidnbnmnnibpcajpcglclefindmkaj/https://operationalsupport.un.org/sites/default/files/2023_coe_manual_english.pdf (2023).

¹¹ Pour plus de détails, voir les appendices 7 à 15 du chap. 3, annexe C de A/78/87 « *Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent missions sur le terrain* » (2023).

- Les installations de niveau 1 doivent pouvoir traiter jusqu'à 20 patients quotidiens en accueil de jour, avoir une capacité d'accueil temporaire de cinq patients pendant un à deux jours et détenir des stocks de produits et consommables médicaux pour 60 jours.
- Les installations de niveau 2 doivent être en mesure de réaliser trois à quatre interventions chirurgicales par jour et d'assurer l'hospitalisation de 10 à 20 blessés pendant une période pouvant aller jusqu'à sept jours. Elles doivent également être capables de traiter jusqu'à 40 patients par jour en ambulatoire, d'effectuer 5 à 10 consultations dentaires par jour et de disposer de toutes les fournitures médicales, liquides et consommables nécessaires pour 60 jours.
- Les installations de niveau 3 doivent être en mesure d'effectuer 10 interventions chirurgicales par jour, de fournir des services d'hospitalisation pour 50 patients pendant une durée pouvant aller jusqu'à 30 jours, d'organiser 60 consultations externes et 20 consultations dentaires par jour, d'effectuer 20 radiographies et 40 tests de laboratoire par jour, et disposer de fournitures et consommables médicaux suffisants pour 60 jours.
- Les installations de niveau 4 sont des établissements disponibles dans le cadre d'un contrat qui fournissent le niveau le plus élevé de soins de santé complets permettant un traitement définitif en dehors de la zone de mission.

Chapitre 4 : Logistique médicale

4.1. Introduction

La logistique médicale des missions des Nations Unies sur le terrain englobe la planification et la gestion des activités liées à la commande, à l'approvisionnement, à la livraison, au stockage, à l'entretien et à la distribution de produits pharmaceutiques, d'équipements et de dispositifs médicaux, de consommables médicaux et d'autres produits nécessaires pour fournir un soutien sanitaire aux entités sur le terrain.

Un certain nombre de facteurs, propres à l'approvisionnement en articles médicaux, ont des implications sur la conception et le fonctionnement de la chaîne logistique médicale. Il s'agit notamment des réglementations nationales et/ou internationales, de la durée de conservation, de la stérilité, des exigences particulières de stockage, des exigences d'emballage et des éventuels contenus dangereux/nocifs. La continuité et la régularité de l'approvisionnement en fournitures médicales sont particulièrement importantes étant donné la disponibilité limitée de ressources efficaces sur place. La gestion du système logistique médical nécessite donc des connaissances techniques spécialisées et un suivi étroit pour garantir le flux approprié de marchandises par l'intermédiaire d'une chaîne d'approvisionnement efficace et efficiente.

4.2. Définitions des principales catégories de soutien logistique médical des Nations Unies

Catégories	Description
Services de santé	La fourniture d'une gamme diversifiée de services, y compris du personnel, visant à fournir les soins médicaux nécessaires à la poursuite des opérations. Comprend la prestation de soins de santé à tous les niveaux, la médecine préventive, les soins médicaux d'urgence et les services d'évacuation médicale/sanitaire.

Produits pharmaceutiques et produits sanguins	<p>La sélection, l'approvisionnement, le stockage, la distribution et l'utilisation rationnelle des produits pharmaceutiques (y compris les vaccins), du sang et des produits sanguins pour assurer le fonctionnement continu des installations médicales déployées sur le terrain.</p>
Équipements et consommables médicaux	<p>L'approvisionnement, le stockage, la distribution, l'installation, l'exploitation et la maintenance des équipements et dispositifs médicaux ainsi que des consommables nécessaires au fonctionnement courant des établissements médicaux.</p> <p>Dispositifs médicaux : articles, instruments, appareils ou machines utilisés dans la prévention, le diagnostic ou le traitement de maladies ou de blessures, ou pour détecter, mesurer, rétablir, corriger ou modifier la structure ou la fonction du corps à des fins de santé.</p> <p>Équipements médicaux : dispositifs médicaux nécessitant un étalonnage, un entretien, une réparation, une formation des utilisateurs et une mise hors service.</p> <p>Consommables médicaux : Éléments spécifiques associés à la prestation de soins cliniques ou au fonctionnement de l'équipement médical. Comprend les articles utilisés dans l'administration de produits pharmaceutiques conçus pour un usage unique ou de courte durée.</p> <p>Les équipements et consommables médicaux englobent les sous-catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Matériel de laboratoire, réactifs et fournitures

	<ul style="list-style-type: none"> ii. Matériel d'imagerie, consommables et fournitures iii. Matériel, consommables et fournitures dentaires iv. Matériel, consommables et fournitures de physiothérapie v. Matériel, accessoires, installations et fournitures de médecine générale vi. Consommables, instruments et fournitures médicales et chirurgicales générales vii. Pièces détachées, entretien et réparation de matériel médical
Installation, entretien et formation des utilisateurs des équipements	<p>L'installation et l'entretien préventif périodique des équipements médicaux déployés ainsi que toutes les réparations, y compris les coûts de main-d'œuvre, les pièces de rechange et le transport. Les services d'installation et d'entretien peuvent être fournis par les Nations Unies, les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police ou par des entreprises internationales ou locales, selon le type de contrat établi. La formation du personnel médical à l'utilisation de l'équipement peut également être confiée à des fournisseurs ou à des techniciens individuels.</p>
Gaz médicaux	<p>Gaz utilisés dans les procédures médicales tels que l'oxygène et le protoxyde d'azote. Ces gaz sont des produits essentiels et leur approvisionnement, y compris leur fourniture aux installations médicales des pays fournisseurs de contingents relève de la responsabilité de la mission. Les pays fournisseurs de contingents disposant de leurs propres mécanismes de réapprovisionnement doivent en informer le Chef du service médical.</p>

4.3. Gestion efficace de la logistique médicale – principales responsabilités

La logistique de l'ensemble des missions des Nations Unies est le produit d'un effort multinational ; elle doit s'appuyer sur des principes communs tout en étant faisant preuve de souplesse. Les responsabilités en matière d'efficacité de la logistique médicale évolueront en fonction des phases de la mission¹² et des étapes de la chaîne d'approvisionnement.¹³ Les documents de référence des Nations Unies¹⁴ et les normes nationales et/ou internationales pertinentes pour les produits servent de points de référence tant pour les Nations Unies que pour les pays fournisseurs de contingents. Dans les missions nouvelles ou en phase de démarrage, il faut souvent du temps pour établir une chaîne d'approvisionnement médicale fonctionnelle. Pour cette raison, tous les niveaux d'installations médicales (qu'elles appartiennent aux Nations Unies ou aux pays fournisseurs) doivent disposer d'un stock de toutes les fournitures leur permettant de se passer de réapprovisionnement pendant 60 jours.

Les principales responsabilités en matière de chaîne d'approvisionnement médicale sont réparties de la manière suivante entre les postes clés des missions :

Poste	Responsabilités
Chef du service médical de la mission	Supervise toutes les questions liées à la prestation de soins de santé, y compris les normes relatives aux fournitures et à la logistique médicale dans la zone de la mission.
	Veille à ce que les processus et contrôles pertinents soient utilisés et pérennisés pour garantir la disponibilité continue des fournitures et services médicaux.

¹² Démarrage de la mission, exécution du mandat, transition (transfert et retrait)

¹³ Planification, approvisionnement, fabrication, livraison et retour

¹⁴ Voir l'annexe 1.4, « Considérations relatives à la planification de la logistique médicale pour les missions sur le terrain » et l'annexe 1.6, « Département de l'appui opérationnel des Nations Unies – Politiques et directives relatives à la chaîne d'approvisionnement » du présent manuel.

	S'assure que l'ensemble du personnel médical de la mission connaît les systèmes de logistique médicale, de chaîne d'approvisionnement et d'achat des Nations Unies, ainsi que les règles et normes qui les régissent.
	Veille à ce que des instructions permanentes relatives à la gestion des produits de la chaîne du froid tels que les vaccins et les réactifs de laboratoire, soient spécifiquement élaborées pour la mission et révisées chaque année.
	S'assure que les performances des fournisseurs et des sous-traitants des Nations Unies font l'objet d'un suivi et que ses résultats sont reflétés rapidement et précisément dans les rapports sur les performances des fournisseurs.
	Est responsable et redevable de l'hémovigilance ¹⁵ au sein de la mission.
	Conseille les unités médicales sur l'élimination et la destruction appropriées des déchets médicaux/biologiques ainsi que des produits médicaux périmés (médicaments et consommables).
Chef du service médical de la force	Aide le Chef du service médical à s'assurer que les directives et les processus de la mission sont respectés par les pays fournisseurs de contingents et de forces de police.
	Veille à ce que toutes les unités médicales des pays fournisseurs de contingents dans la zone de mission respectent les normes de logistique médicale et d'élimination des déchets médicaux.

¹⁵ *Ligne directrice : Cadre du système d'hémovigilance des Nations Unies pour la collecte, l'enregistrement et la communication de données (2021)* (disponible en anglais)

Commandant du contingent	Informe immédiatement la mission si un pays contributeur constate, alors que son contingent est déployé, qu'il ne peut assurer de manière adéquate la fourniture de matériel médical, de médicaments ou de consommables dans le cadre du soutien autonome. Dans de tels cas, les Nations Unies se chargent de manière permanente du réapprovisionnement en médicaments, consommables et fournitures médicales ¹⁶ .
Commandant de l'installation médicale d'un pays fournisseur de contingents	Précise auprès du Chef du service médical si l'établissement médical fera appel à la mission pour l'approvisionnement en gaz médicaux. Se conforme aux directives et processus de la mission concernant la chaîne d'approvisionnement médicale.

4.4. Normes médicales et assurance qualité

La catégorisation et la nomenclature normalisées des produits médicaux dont les unités médicales multinationales des missions sur le terrain des Nations Unies ont besoin sont particulièrement importantes. Disposer d'une terminologie et de normes communes présente en effet plusieurs avantages :

- permettre aux utilisateurs multinationaux d'identifier les produits et d'assurer une plus grande sécurité lors de la prescription, de la distribution et de l'administration de médicaments ;
- faciliter la bonne utilisation des équipements et consommables médicaux ;

¹⁶ A/78/87 « [Manuel des règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain.](#) » (2023), chap. 3, annexe C, p. 93.

- faciliter les demandes d'achat – le processus d'appel d'offres international adopté par les Nations Unies.
- réglementer l'approvisionnement médical par les canaux nationaux ;
- permettre le contrôle de la qualité et la mesure des performances par rapport à des normes minimales transparentes et communes des Nations Unies.

Les processus permettant de garantir que les produits médicaux répondent aux normes de qualité requises au sein du système de santé des Nations Unies sont décrits à l'annexe 1.5 du présent manuel.

4.5. Approvisionnement en sang et produits sanguins

L'approvisionnement en sang et en produits sanguins – un élément essentiel du soutien sanitaire sur le terrain – des opérations multinationales est complexe et sensible. La sécurisation d'une source durable de produits sanguins pose des défis considérables, l'approvisionnement étant affecté par les réglementations nationales sur les importations, les exigences de la chaîne du froid et la nécessité de répondre aux besoins de certains groupes sanguins rares. Les Nations Unies fournissent des directives strictes et supervisent ce processus par le biais d'une approche centralisée des achats et de l'approvisionnement.

Les Nations Unies fournissent du sang et des produits sanguins conformément aux normes des Nations Unies en matière de transport, de tests, de manipulation et d'administration, à moins que l'établissement médical du pays contributeur ne juge nécessaire de négocier l'approvisionnement sur la base d'un remboursement. Ces accords sont négociés au cas par cas et reflétés dans le mémorandum d'accord correspondant. Les Nations Unies fournissent des capacités adéquates de stockage et de transport à température contrôlée pour prévenir la détérioration ou la contamination du sang et des produits sanguins.

Lorsque des urgences de grande ampleur nécessitent de s'approvisionner sur place, il convient de veiller méticuleusement au contrôle de la qualité. Pour de telles urgences, des dons de « banque de sang ambulante » peuvent être envisagés conformément à la politique du sang pertinente émise par la DHMOSH.¹⁷ Des réserves de sang supplémentaires conformes aux normes des Nations Unies peuvent également être obtenues, à prix coûtant, auprès du pays hôte ou d'organisations régionales telles que la Croix-Rouge. La transfusion de sang provenant des Nations Unies à des membres du personnel non onusien est déconseillée dans les situations normales et doit être dûment documentée dans les situations d'urgence. Des procédures opérationnelles permanentes propres à la mission concernant la logistique médicale et la chaîne d'approvisionnement doivent être élaborées et révisées périodiquement.

Les principales considérations relatives à la gestion et à l'assurance de la qualité du sang sur le terrain sont énumérées à l'annexe 1.5.

4.6. Élimination des déchets médicaux

Les articles périmés doivent être comptabilisés, passés en perte et éliminés par enfouissement, incinération ou conformément à d'autres procédures internationalement acceptées et aux réglementations locales, et en conformité avec la politique environnementale du DOS couvrant les missions sur le terrain¹⁸. Une attention particulière doit être accordée à l'élimination des matières biologiques dangereuses.

4.7. Messages clés

La méconnaissance du système des Nations Unies explique en grande partie les contre-performances de la chaîne logistique, ses retards et/ou ses défaillances. Le

¹⁷ DOS/2021.06 « Politique relative à l'utilisation clinique de sang sur le terrain » (disponible en anglais).

¹⁸ DOS/2022.01 « Politique environnementale applicable aux opérations de maintien de la paix et aux missions politiques spéciales » (disponible en anglais)

Chef du service médical joue un rôle important en veillant à ce que l'ensemble du personnel médical de la mission connaisse parfaitement les systèmes de logistique médicale, d'approvisionnement et d'achat des Nations Unies, et les règles et normes qui les régissent. En collaboration avec le Siège de l'Organisation, le Chef de l'appui à la mission, le personnel logistique de la mission, le Chef du service médical de la force et les commandants du contingent médical, le Chef du service médical doit mettre en œuvre des mesures de sensibilisation et de surveillance concernant la chaîne d'approvisionnement médicale et l'approvisionnement au sein de la mission. Pour garantir que l'ONU obtient le meilleur rapport qualité-prix pour les biens et services médicaux faisant l'objet d'un contrat, les performances des fournisseurs et des contractants de l'ONU doivent faire l'objet d'un suivi et être reflétées précisément et rapidement dans les rapports de performance des fournisseurs requis.

Étant donné que les missions des Nations Unies peuvent varier en fonction de nombreux paramètres, notamment la taille, le mandat, les effectifs et la situation géographique, etc., le soutien logistique médical doit être adapté à chaque mission. Par conséquent, des procédures opérationnelles permanentes spécifiques à la mission, portant sur la logistique médicale et la chaîne d'approvisionnement, doivent être élaborées pour chaque mission et faire l'objet d'un examen périodique.

MODULE 2: PLANIFICATION MÉDICALE ET PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE

Chapitre 5 : Planification et déploiement du soutien sanitaire sur le terrain

5.1. Introduction

La planification et le déploiement efficaces du soutien sanitaire sur le terrain passent par une évaluation complète des besoins, des systèmes de communication solides, une préparation logistique, un personnel qualifié, une infrastructure appropriée et une collaboration avec les acteurs locaux. La mise en œuvre de ces éléments et de ces bonnes pratiques peut améliorer considérablement la capacité à fournir un appui et des soins médicaux vitaux dans des environnements difficiles.

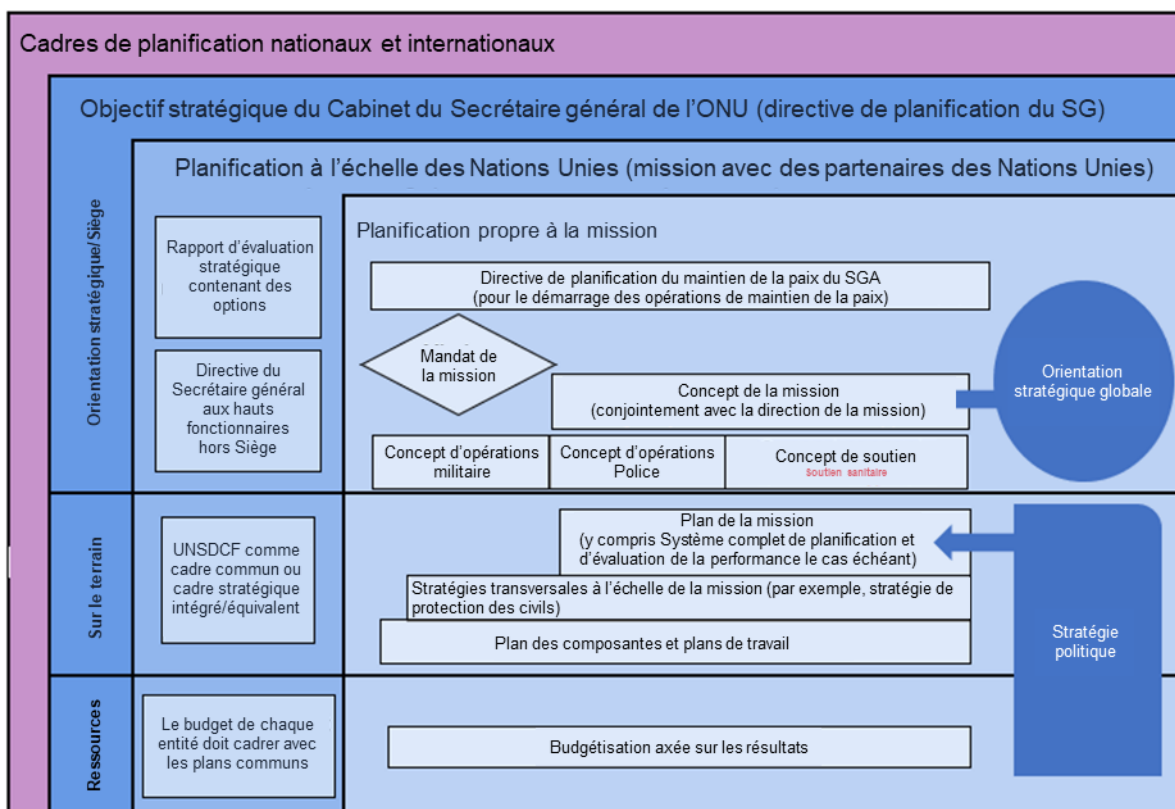


Figure VI : Panorama des instruments de planification

Le diagramme présente les principaux documents de planification relatifs à la planification des opérations de maintien de la paix. Le soutien sanitaire fait partie du concept d'appui. Il s'agit d'une ressource critique dans le concept d'opérations militaires (CONOPS).

5.2. Principes du soutien sanitaire

Le plan de soutien sanitaire vise à assurer la santé et le bien-être du personnel des Nations Unies sur le terrain. Dans le cadre de la composante Mission du CONOPS, le plan de soutien sanitaire est guidé par les principes suivants.

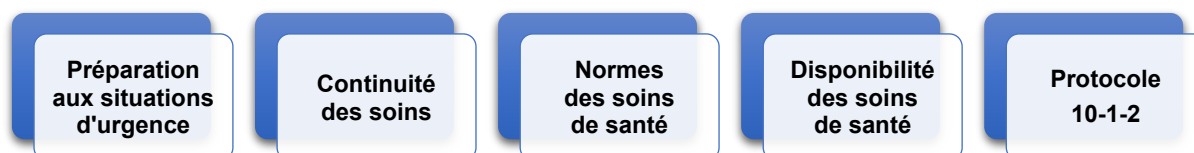


Figure VII : Principes directeurs du plan de soutien sanitaire

5.2.1. Préparation aux situations d'urgence

La fourniture de soins médicaux d'urgence rapides et efficaces doit inclure une combinaison de capacités d'évacuation terrestres et aériennes impliquant des ambulances entièrement équipées, des installations aériennes militaires ou civiles pour les avions ou les hélicoptères, des équipes d'évacuation sanitaire aérienne correctement qualifiées et formées, et dotées d'une expérience et d'un équipement adéquats et un réseau de communication fonctionnel pour une réponse médicale rapide et experte. Des plans d'intervention en cas de situation entraînant un grand nombre de victimes et une formation continue adéquate constituent la pierre angulaire de la réussite des interventions d'urgence.

5.2.2. Continuité des soins

La continuité des soins fait référence à la fourniture ininterrompue de soins médicaux depuis le lieu où se trouve un blessé ou un patient souffrant d'une maladie grave jusqu'au point final de traitement. Cela nécessite un transfert sans heurt des patients depuis le lieu de la blessure vers des installations médicales spécialisées de niveau supérieur.

5.2.3. Normes de soins de santé^{19, 20}

Reconnaissant l'importance centrale des normes, et afin de réduire l'ambiguïté quant aux normes applicables dans le contexte des Nations Unies, la DHMOSH a élaboré des normes concernant la qualité des soins de santé et la sécurité des patients qui s'appliquent aussi bien aux installations de santé appartenant aux Nations Unies qu'à celles appartenant aux contingents. Les résultats escomptés de la mise en œuvre de ces normes sont les suivants : la réduction des préjudices évitables, de la morbidité et de la mortalité ; la cohérence et la fiabilité des processus et des systèmes dans tous les hôpitaux et cliniques des Nations Unies ; la satisfaction des attentes de l'ensemble du personnel des missions et des Nations Unies en matière de soins sûrs, fiables et cohérents ; la possibilité de recueillir et de mesurer des résultats cliniques pour améliorer la qualité ; la possibilité de mesurer l'expérience des patients.

5.2.4. Accès aux structures de santé

L'ensemble du personnel des Nations Unies participant à une mission de maintien de la paix doit pouvoir accéder rapidement aux installations et services de santé.

¹⁹ [Manuel des Nations Unies sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. Cliniques de niveau 1 \(disponible en anglais\) \(2020\).](#)

²⁰ [Manuel des Nations Unies sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. Installations médicales de niveaux 1+, 2 et 3 \(disponible en anglais\) \(2019\).](#)

5.2.5. Protocole 10-1-2

Pour des informations détaillées sur ce concept, reportez-vous au chapitre 7 : « Prise en charge des blessés sur le terrain – Évacuation sanitaire primaire et secondaire et rapatriement »

La structure globale du soutien sanitaire doit être déterminée en fonction des exigences opérationnelles de la mission. Le manuel MAC mentionné au chapitre 3 fournit un cadre flexible à ces fins. L'établissement de nouvelles installations et solutions médicales ne doit pas être limité par l'approche modulaire mais être déterminé par les besoins opérationnels.

5.3. Processus de planification du soutien sanitaire

La planification sanitaire s'effectue conjointement avec le processus d'évaluation et de planification intégrées : les responsables de la planification sanitaire doivent avoir conscience du processus global de planification et de leur place dans celui-ci.

Le processus d'évaluation et de planification intégrée définit les procédures et les responsabilités régissant la préparation, l'approbation, la mise en œuvre et l'examen des plans opérationnels afin de permettre une approche commune de la planification opérationnelle.

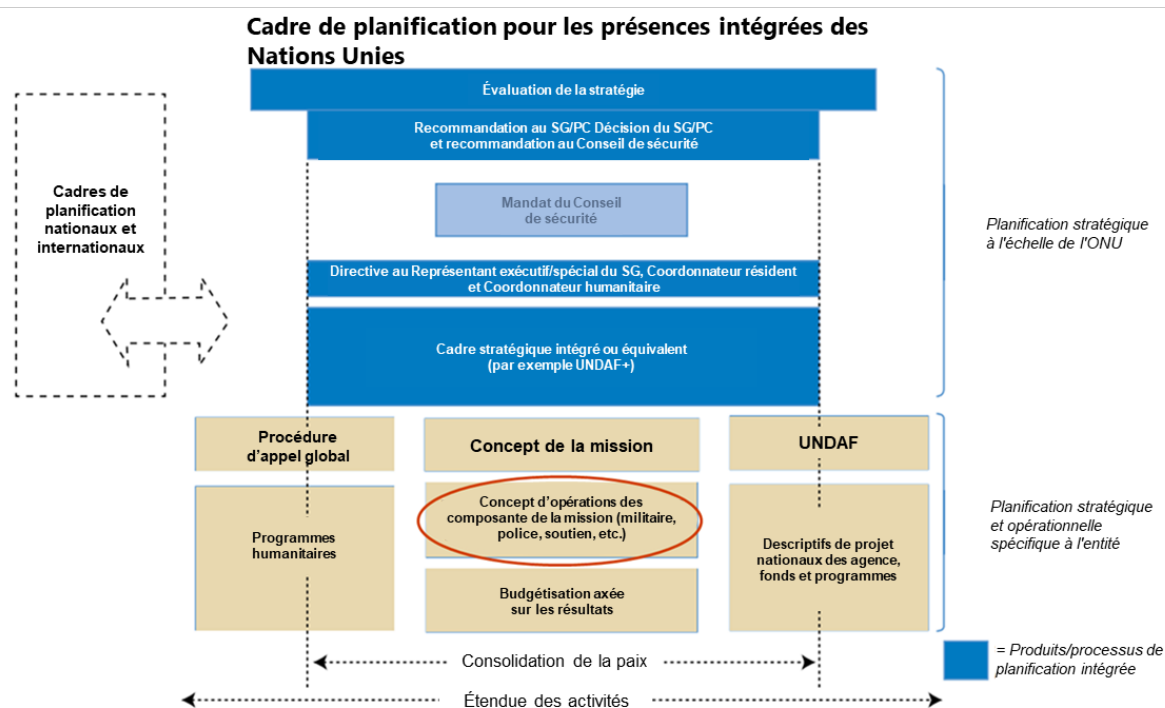


Figure 1 : Aperçu du cadre de planification des présences intégrées des Nations Unies

Figure VIII : Aperçu du cadre de planification des entités intégrées des Nations Unies présentes sur le terrain

La composante médicale de la planification opérationnelle correspond à deux activités principales. Premièrement, fournir une expertise médicale et interagir étroitement et coopérer avec d'autres sections et unités au sein du Département de l'appui opérationnel et au niveau de la mission. Deuxièmement, élaborer un concept de soutien sanitaire et un plan de soutien sanitaire.

Le produit final escompté de la planification médicale est un plan décrivant les exigences, les politiques et l'appui à fournir au personnel de la mission tout au long des différentes phases opérationnelles. Le plan doit définir les capacités médicales dans l'ensemble de la structure de la mission, en fonction de la taille des effectifs déployés et du risque évalué. La planification médicale doit garantir que la norme des

soins médicaux qui seront fournis soit aussi conforme que possible aux bonnes pratiques médicales, en tenant compte de l'environnement opérationnel.

5.4. Considérations relatives à la planification médicale

Chaque mission a des besoins médicaux spécifiques, qui sont déterminés par plusieurs facteurs, notamment le mandat de la mission, son CONOPS, l'évaluation de sa zone d'opération, les menaces sanitaires prédominantes, la norme de soins des Nations Unies, les installations médicales disponibles et l'efficacité opérationnelle. D'autres facteurs doivent être pris en compte, notamment la manière de combler l'écart entre la notification d'un mandat et le déploiement des installations à leur pleine capacité opérationnelle, ainsi que les infrastructures d'accueil qui doivent abriter les installations. Le plan de soutien sanitaire doit être élaboré par rapport aux exigences de la mission et doit être ajusté au moins une fois par an pour refléter les changements dans l'environnement opérationnel de la mission. Les plans de soutien sanitaire sont généralement rédigés sur la base du concept d'opérations, avant qu'une mission d'évaluation technique ne soit entreprise, et sont finalisés une fois que la mission a rendu ses conclusions²¹.

Les principaux éléments à prendre en compte pour la planification du soutien médical sont :

²¹ Voir l'annexe 2.7 « Format du plan de soutien sanitaire » du présent manuel.

Considérations relatives à la planification médicale



Figure IX : Principaux éléments à prendre en compte dans un plan de soutien sanitaire

5.4.1. Mandat

Le mandat détermine la nature de l'activité de maintien de la paix et les risques de sécurité. Les moyens médicaux des Nations Unies sont principalement destinés au personnel de maintien de la paix et ne s'étendent pas à la population locale. Dans certaines missions, dont le mandat comprend la fourniture d'une assistance humanitaire, les services médicaux peuvent être étendus à la population locale.

5.4.2. Concept d'opérations (CONOPS)

Le plan de soutien sanitaire est déterminé par le concept d'opérations militaire/Police, qui comprend l'effectif des contingents, la composition de la force, le concept de déploiement, la nature et l'intensité des activités de maintien de la paix, ainsi que la structure de commandement et de contrôle. Le concept d'opérations permet aux planificateurs d'évaluer les risques auxquels le personnel de la mission et les contingents sont confrontés, lesquels auront une incidence sur le degré de soutien sanitaire requis. Les niveaux de risque de la mission peuvent varier pendant le cycle de vie d'une mission, entraînant une augmentation ou une diminution du soutien sanitaire à la mission. Le dispositif médical doit être doté d'une capacité de renfort intégrée pour faire face aux situations imprévues. À cet égard, la fourniture par la mission de services médicaux aux organismes, fonds et programmes des Nations

Unies peut être envisagée, si cela conduit à une efficacité accrue à l'échelle du système, et conformément aux modalités de la Politique d'évaluation et de planification intégrées des Nations Unies.²²

5.4.3. Zone des opérations

Le plan de soutien sanitaire peut être influencé par certains facteurs dans la zone des opérations de la mission, notamment :

1. **La géographie** : les terres émergées, les plans d'eau, les montagnes, la jungle, le désert et le risque de catastrophes naturelles.
2. **Les infrastructures** : l'état des services d'approvisionnement en électricité, eau et gaz et des services d'assainissement.
3. **Le réseau routier et ferroviaire** : l'état et la qualité du système de transport terrestre pour les évacuations par voie terrestre.
4. **Les aéroports** : la localisation et la qualité des aéroports et des zones de pose des hélicoptères pour les évacuations par voie aérienne et le maintien de la chaîne d'approvisionnement médicale.
5. **Les ports maritimes et fluviaux** : la localisation et la qualité des ports maritimes et/ou fluviaux pour les évacuations, le déploiement de navires-hôpitaux et le maintien de la chaîne d'approvisionnement médicale.
6. **Les installations médicales** : l'état et la qualité des installations médicales régionales et du pays hôte et leur capacité à soutenir la mission des Nations Unies.

²² [Politique d'évaluation et de planification intégrées des Nations Unies en matière \(2023 \)](#).

7. **Le climat** : l'impact du régime météorologique annuel et des températures extrêmes sur la santé du personnel déployé.
8. **La sécurité** : les conditions de sécurité influencent le niveau de la capacité médicale à déployer.

5.4.4. Menaces sanitaires

Une visite de reconnaissance doit être effectuée dans la zone d'opération de la mission afin de procéder à une analyse des menaces sanitaires fondée sur des données probantes qui servira de base à l'élaboration du plan de protection de la force de la mission. Une analyse exhaustive des menaces sanitaires doit prendre en compte les maladies endémiques, épidémiques et les flambées de maladies, en particulier les maladies contagieuses et infectieuses telles qu'Ebola, la fièvre de Lassa et d'autres fièvres hémorragiques virales. L'analyse doit également tenir compte des actes hostiles et d'autres dangers potentiels tels que les mines terrestres, les dangers chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et environnementaux, et les dangers professionnels et sur le lieu de travail. Des considérations relatives à la sécurité environnementale et à la santé au travail doivent être intégrées au plan global de protection des forces. Le système d'évaluation des risques sanitaires répertorie les menaces identifiées et permet de dresser une carte des risques. Une visite de reconnaissance médicale standardisée peut être entreprise pour procéder à une évaluation des risques sanitaires et compléter l'analyse des menaces sanitaires propres à la mission. Cette dernière est davantage axée sur la protection des forces tandis que la visite de reconnaissance médicale standardisée est axée sur le volet santé au travail.

5.4.5. Qualité des soins médicaux

Le concept de soutien sanitaire des Nations Unies comprend le respect des normes de qualité des soins médicaux énoncées dans diverses politiques et procédures opérationnelles permanentes élaborées par la DHMOSH et approuvées par les États Membres. Plusieurs paramètres permettent d'évaluer la qualité des soins : le respect du protocole 10-1-2 tel qu'énoncé dans la politique sur l'évacuation sanitaire

primaire,²³ l'adhésion aux exigences de certification énoncées dans le présent manuel et dans le Manuel MAC, et l'adhésion à la politique sur la qualité des soins de santé et la sécurité des patients et à la politique sur la sécurité et la santé au travail.

5.4.6. Installations médicales des Nations Unies

Chaque mission sur le terrain conçoit son dispositif de soutien sanitaire sur la base du plan de soutien sanitaire approuvé, qui émane du concept de mission, du concept d'opérations militaire et du concept d'opérations Police, ainsi que du concept d'appui à la mission.

Afin d'utiliser les ressources de manière efficace, les missions sur le terrain intègrent des moyens médicaux appartenant aux Nations Unies, aux pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police et des moyens médicaux faisant l'objet d'un contrat dans un système médical unifié, garantissant que tout le personnel autorisé des Nations Unies reçoit un soutien sanitaire de qualité et en temps opportun.

Les installations médicales des Nations Unies sont décrites dans le chapitre 3 du module « Administration ». Chaque niveau d'installation peut être amélioré avec des capacités supplémentaires afin de satisfaire les exigences en matière de capacité opérationnelle. Le concept de capacités modulaires permet de fournir un soutien sanitaire efficace et adapté aux effectifs.

5.4.7. Disponibilité de l'infrastructure d'hébergement

Un plan standard de construction d'installations médicales de divers niveaux sur le terrain doit être élaboré conjointement par la Section du génie et la Section médicale au sein des missions. La taille et les exigences de la mission déterminent l'infrastructure.

²³ DOS/2020.7 [« Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain »](#).

5.4.8. Comblent les lacunes relatives aux besoins en soutien sanitaire sur le terrain grâce à des solutions commerciales

Les lacunes relatives au soutien sanitaire peuvent être comblées par des solutions commerciales ou en identifiant les États Membres qui répondent aux normes des Nations Unies et peuvent se déployer sur le court terme et dans un délai très court. Il est également possible de signer des contrats (lettres d'attribution, mémorandums d'accord ou autres accords à long terme) avec des États Membres ou des sources commerciales.

5.4.9. Efficacité des soins

La planification médicale détermine les moyens les plus rentables permettant d'obtenir le niveau de couverture médicale requis. En collaboration avec les partenaires du Département de l'appui opérationnel, la Section du soutien sanitaire aide à élaborer des prévisions des dépenses.

5.5. Plan de soutien sanitaire

Le plan de soutien sanitaire recense les principales considérations et recommandations relatives à la mise en place d'un système de soins de santé intégré ayant pour objectif de préserver le bien-être physique et mental du personnel des Nations Unies au sein d'une mission. Il indique également les ressources humaines et matérielles nécessaires à son exécution. Les principales composantes du plan de soutien sanitaire sont décrites à l'annexe 2.7.

5.6. Visite préalable au déploiement

La visite d'inspection préalable au déploiement est un élément essentiel de la planification d'une mission. La visite a pour objectif d'évaluer l'état de préparation du contingent avant son déploiement dans la zone d'opération et de faciliter la négociation des termes et conditions du déploiement des contingents (négociations concernant la signature d'un protocole d'accord ou d'une lettre d'attribution). Un grand nombre de rapatriements médicaux et de décès, qui rejaillissent sur le moral, les ressources, la réputation et le

mandat de la mission, résultent du déploiement de soldats de la paix souffrant de maladies chroniques préexistantes qui devraient normalement d'empêcher leur déploiement dans des opérations de maintien de la paix, avec des répercussions sur le moral, les ressources, la réputation et le mandat de la mission. Il est donc devenu essentiel que les aspects médicaux des visites préalables au déploiement ne se limitent plus au décompte ou à l'inspection du matériel médical, mais qu'ils soient l'occasion d'informer sur la nécessité d'un examen médical adéquat avant le déploiement, d'évaluer la maîtrise du programme de formation aux gestes élémentaires de survie et les connaissances en matière d'hygiène personnelle et du milieu, de menaces de maladies et protection de l'environnement.

5.7. Messages clés

- Les principes directeurs d'un plan de soutien sanitaire sont : la préparation aux situations d'urgence, la continuité des soins, les normes de soins de santé, la disponibilité des soins de santé et le concept de déroulement du traitement médical (protocole 10-1-2).
- Le plan de soutien sanitaire doit décrire les exigences, les politiques et le soutien à fournir au personnel de la mission tout au long des différentes phases des opérations. Le plan doit définir les capacités médicales et garantir que la qualité des soins médicaux est maintenue.

Chapitre 6 : Formation médicale

6.1. Introduction

Le concept de soutien sanitaire des Nations Unies vise à déployer des catégories de personnel médical et des niveaux de soins médicaux adéquats dans l'environnement difficile des opérations sur le terrain. La normalisation de la formation médicale et l'application des normes médicales sont d'une importance primordiale pour améliorer la performance et les compétences des services et du soutien sanitaire sur le terrain. Le rapport du Groupe indépendant de haut niveau chargé d'étudier les opérations de paix (rapport HIPPO),²⁴ comme les initiatives des Nations Unies intitulées Action pour le maintien de la paix (A4P)²⁵ et Action pour le maintien de la paix plus (A4P+) pour 2021-2023 insistent sur ce point.

6.2. Définitions des termes clés

6.2.1. Formation préalable au déploiement – Formation aux premiers secours pour tous les soldats de la paix

Confrontés à des situations dans lesquelles la disponibilité du personnel médical peut être très limitée, les soldats de la paix n'appartenant pas au corps médical doivent en grande partie s'en remettre à leurs propres compétences et connaissances des méthodes de survie pour survivre dans des situations de semi-combat ou d'autres situations hostiles lors de missions sur le terrain, et pour se prémunir autant que possible contre des souffrances et des handicaps supplémentaires. Tous les soldats de la paix des Nations Unies, y compris les membres des contingents en tenue, les experts militaires des Nations Unies en mission, les observateurs militaires et les

²⁴ A/70/95-S/2015/446 « [Rapport du Groupe indépendant de haut niveau chargé d'étudier les opérations de paix des Nations Unies intitulé « Unissons nos forces pour la paix : privilégions la politique, les partenariats et l'action en faveur des populations »](#) ».

²⁵ [Déclaration d'engagements communs concernant les opérations de maintien de la paix des Nations Unies \(2018\)](#).

officiers de police individuels, ainsi que le personnel civil, doivent avoir des connaissances de base des premiers secours et y être formés. Le cours de premiers secours pour les camarades de combat (BFAC) et le cours pour les assistants médicaux de terrain (FMAC) des Nations Unies sont des ressources pertinentes pour la formation de base aux premiers secours avant le déploiement et l'amélioration des compétences d'intervention rapides destinées à sauver des vies parmi les soldats de la paix. La formation doit couvrir, au moins, les domaines suivants : réanimation cardio-pulmonaire,²⁶ traitement des hémorragies, immobilisation des fractures, pansement et bandage des plaies, transport et évacuation des blessés, transmission et comptes rendus médicaux (voir l'annexe 2.8 pour plus d'informations).

6.2.2. Formation préalable au déploiement – Formation professionnelle pour le personnel médical

Le personnel médical déployé est tenu de renforcer ses capacités en matière d'intervention médicale d'urgence grâce à des formations actualisées en réanimation cardiaque avancée, en soins avancés de réanimation traumatologique et en réanimation traumatologique préhospitalière ou toute formation équivalente. En outre, les connaissances et compétences suivantes, spécifiques aux missions sur le terrain des Nations Unies, sont nécessaires pour maintenir une capacité et une compétence opérationnelles (voir également l'annexe 2.9) :

- Connaissance de la situation politique et militaire spécifique à la mission dans le pays, du mandat de la mission, des informations épidémiologiques et médicales concernant la zone de mission, ainsi que du dispositif de soutien sanitaire des Nations Unies, de la planification médicale et des paramètres opérationnels, et des directives des Nations Unies en matière de soutien sanitaire (par exemple, les normes de qualité des soins de santé et de sécurité

²⁶ Il convient de noter que la réanimation cardio-pulmonaire ne fait pas partie du cours de premiers secours pour les camarades de combat.

des patients des Nations Unies, la politique d'évacuation des blessés, les procédures administratives et logistiques médicales, etc.) (voir l'annexe 2.10).

- Formation actualisée en médecine préventive, santé environnementale, médecine tropicale et diagnostic et traitement des maladies infectieuses et des affections courantes susceptibles d'être rencontrées lors des missions sur le terrain, notamment le paludisme, les coups de chaleur, les brûlures, les morsures de serpent, les effets de l'alcool et des drogues, ainsi qu'en gestion médicale des risques nucléaires, biologiques et chimiques, etc.
- Connaissances actualisées sur la santé des femmes en vue de fournir des services sensibles au genre sur le terrain.²⁷
- Compétences approfondies dans la conduite de programmes de formation aux premiers secours et d'éducation sanitaire pour les contingents désignés, y compris la prévention des maladies à transmission vectorielle, la prévention et le contrôle du VIH/SIDA, la prévention des accidents et la gestion du stress, etc.
- Expérience dans la conduite d'exercices de gestion d'évènements causant un nombre massif de victimes ou de traumatismes lors de la formation préalable au déploiement afin de garantir que tous les membres de l'unité médicale possèdent des compétences acquises et travaillent en équipe selon une répartition claire des tâches.

6.2.3. Formation préalable au déploiement – Éducation sanitaire pour les contingents

Tous les membres du contingent, ainsi que les officiers et les experts individuels recevront une formation de base en médecine préventive et en santé, mettant l'accent sur les mesures préventives contre les principales maladies à transmission vectorielle

²⁷ Le cours de formation en ligne d'ONU Femmes sur la santé est une bonne ressource de formation pour la préparation préalable au déploiement.

et les risques environnementaux pour la santé, la prévention et le contrôle du VIH/SIDA, la prévention des accidents, la gestion du stress, ainsi que l'importance d'une bonne hygiène personnelle et de bonnes conditions sanitaires, etc.

6.2.4. Formation continue en cours de mission – Formation et perfectionnement professionnel continus

La formation médicale doit se poursuivre après le déploiement, car les compétences médicales peuvent se détériorer lors d'un déploiement de longue durée en raison d'une relative inactivité professionnelle. Les programmes de formation médicale continue en cours de mission doivent donc être bien planifiés et coordonnés pour s'assurer que les compétences et procédures médicales de base sont régulièrement mises en pratique par toutes les catégories de personnel. En collaboration avec le Chef du service médical, le Chef du service médical de la force et d'autres médecins-chefs sont responsables de la coordination de ces programmes, y compris les formations renforcées en réanimation cardiaque avancée, en soins avancés de réanimation traumatologique et en réanimation traumatologique préhospitalière, la formation visant à familiariser le personnel avec l'équipement et les fournitures médicales d'autres pays qu'il peut être amené à utiliser, la formation de recyclage concernant la zone de mission, les règles d'engagement et les procédures opérationnelles médicales standard de la mission. Les exercices sanitaires conjoints en cours de mission constituent un bon moyen d'évaluer les compétences de base et d'améliorer les capacités de réponse et la compatibilité opérationnelle des différents niveaux d'installations médicales déployées par différents pays.

6.2.5. Formation continue en cours de mission – Formation aux premiers secours et éducation sanitaire pour les contingents et les officiers individuels

La formation continue qui doit être organisée et dispensée dans la zone de mission doit inclure des cours de recyclage sur les premiers secours pour mieux préparer les soldats de la paix à faire face aux situations réelles et aux situations d'urgence, ainsi que des programmes réguliers d'éducation sanitaire sur la prévention du paludisme,

la prévention du VIH/SIDA, la prévention des accidents de la route et la gestion du stress, etc. Le Chef du service médical de la force et les médecins-chefs sont responsables de la supervision de ces programmes, et les unités médicales qui gèrent les soins de santé des contingents respectifs sont généralement chargées de dispenser les formations.

6.3. Fonctions et responsabilités

Les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police conservent la responsabilité de la formation professionnelle et technique du personnel médical. Cette formation se déroulera conformément aux exigences nationales en matière d'inscription et de certification du personnel médical. En outre, les pays fournisseurs de contingents doivent satisfaire aux aspects de la formation médicale qui sont spécifiques aux missions de terrain des Nations Unies pour maintenir l'état de préparation opérationnelle et les compétences médicales du personnel déployé sur le terrain, ainsi qu'à d'autres recommandations de la DHMOSH.

L'autorité médicale de la mission sur le terrain doit inclure la formation médicale continue comme une partie intégrante du programme de formation médicale de la mission.

La DHMOSH/DOS fournit des conseils professionnels et un soutien aux missions sur le terrain sur la question du perfectionnement professionnel et de la formation continue.

Évaluation et surveillance

Lors des visites préalables au déploiement dans les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police, le représentant médical de la DHMOSH évaluera la formation et les compétences des membres du contingent en matière d'administration des premiers secours, leurs connaissances dans le domaine de l'hygiène personnelle et du milieu et de la protection de la santé, ainsi que les compétences et les aptitudes du personnel médical en matière d'interventions rapides destinées à sauver des vies.

En cas de non-respect des normes ou de déficit de compétences, le déploiement de l'unité doit être retardé ou suspendu au titre d'une capacité et d'une compétence opérationnelles insuffisantes. De plus, les pays fournisseurs de contingents sont tenus de se conformer à l'habilitation technique du personnel médical déployé, pour lequel des certificats valides de formation à la réanimation cardiaque avancée, aux soins avancés de réanimation traumatologique et à la réanimation traumatologique préhospitalière, ou de toute formation équivalente, doivent être soumis pour examen et validation.

6.4. Messages clés

- La formation médicale est essentielle pour fournir des services de santé de qualité et relever les défis liés au soutien sanitaire dans les missions des Nations Unies sur le terrain.
- La formation professionnelle et technique relève de la responsabilité des pays fournisseurs de contingents. Elle doit se poursuivre après le déploiement. La formation préalable au déploiement et la formation continue en cours de mission destinée tant aux soldats de la paix qu'aux professionnels de santé reposent sur les efforts conjoints des États Membres, des missions sur le terrain et du Siège de l'ONU.
- L'évaluation et la supervision de la formation sont renforcées afin de promouvoir la normalisation et la conformité des formations.

Chapitre 7 : Prise en charge des blessés sur le terrain – Évacuation sanitaire primaire, évacuation médicale et rapatriement

7.1. Introduction

Les capacités d'évacuation des blessés et d'évacuation médicale sont des éléments essentiels du soutien sanitaire d'urgence, permettant aux personnes gravement malades ou blessées de bénéficier de soins rapides. Ces capacités couvrent le transport des malades ou des blessés vers l'établissement médical le plus proche, ainsi que l'ensemble des soins médicaux, de la réadaptation et du rapatriement, le cas échéant. Les procédures d'évacuation sanitaire doivent être guidées par le protocole 10-1-2 et s'appuyer sur une planification spécifique à chaque lieu. Une procédure d'évacuation bien coordonnée peut considérablement améliorer les chances de survie des personnes malades ou blessées.

7.2. Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Victime	Personne souffrant d'une blessure ou d'une pathologie grave qui nécessite une intervention médicale.
Évacuation sanitaire primaire	Évacuation d'une victime depuis le lieu de la blessure ou de la maladie (le « point d'intérêt ») vers le centre médical adéquat le plus proche, par le moyen de transport le plus efficace. ²⁸
Évacuation médicale	Évacuation d'une personne malade ou blessée depuis un premier centre médical vers un autre centre médical. ²⁹

²⁸ [DOS/2020.7 « Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain »](#) .

²⁹ [DOS/2020.7 « Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain »](#) .

Rapatriment	Retour dans leur pays de membres du personnel militaire ou en tenue des Nations Unies en raison d'une inaptitude médicale au service pendant 30 jours ou plus.
Instructions permanentes propres à la mission ou au terrain pour les évacuations sanitaires primaires et secondaires	Les instructions permanentes qui doivent être élaborées pour toutes les opérations sur le terrain afin de clarifier la délégation d'autorité en place pour accélérer les décisions critiques.
Affection potentiellement mortelle	État pouvant entraîner la mort ou une perte importante et permanente des fonctions corporelles.
10-1-2	Outil de planification opérationnelle définissant le délai optimal d'une évacuation sanitaire primaire. Il reflète un compromis entre le besoin clinique et le risque opérationnel. Il précise que les premiers soins doivent être prodigués dans les 10 minutes suivant la blessure, les soins médicaux dans l'heure qui suit et la chirurgie de contrôle des dommages, si nécessaire, dans les deux heures qui suivent.
Autorité d'approbation d'une évacuation sanitaire primaire	La décision d'autoriser le lancement d'une évacuation sanitaire secondaire appartient au Chef de mission, au Directeur/Chef de l'appui à la mission, sur avis médical du Chef du service médical et/ou du Chef du service médical de la force, et en consultation avec la Section du contrôle des mouvements et des opérations aériennes et la Section de la sécurité.
Notification des pertes (NOTICAS)	Chaque cas de maladie ou de blessure grave, ou de décès, doit être signalé immédiatement au moyen d'une notification des pertes (NOTICAS). Cette information sera utilisée pour

	examiner toute réclamation ultérieure et pour signaler en temps opportun et avec précision les victimes.
--	--

7.3. Évacuation sanitaire primaire, évacuation sanitaire secondaire et rapatriement : fonctions, responsabilités et procédures

7.3.1. Évacuation sanitaire primaire

L'évacuation sanitaire primaire consiste à évacuer une personne blessée depuis le lieu de l'incident vers l'installation médicale appropriée la plus proche. Le Chef de mission est responsable des évacuations sanitaires primaires, mais il délègue généralement son autorité à un centre d'opérations désigné tel que le centre d'opérations militaires ou à une cellule de coordination des évacuations sanitaires primaires. Le centre d'opérations désigné doit dans l'idéal compter trois officiers de service : opérations, aviation et médecine. L'évacuation sanitaire primaire repose sur le nombre minimum de personnels à tous les niveaux pour garantir une efficacité maximale, améliorant considérablement la probabilité de résultats positifs dans les situations critiques de sauvetage de vies. L'appropriation est au plus haut niveau et l'exécution au plus bas niveau.

7.3.2. Évacuation sanitaire secondaire et rapatriement

L'évacuation sanitaire secondaire désigne l'évacuation des blessés et des malades entre deux installations médicales, soit dans la zone de mission, soit hors de la zone de mission. Une évacuation sanitaire secondaire doit être effectuée en fonction de l'urgence médicale et de la possibilité de sauver des vies.

L'autorité d'approuver une évacuation sanitaire secondaire ou un rapatriement est déléguée au Chef de mission. La décision d'évacuer sera prise sur recommandation du Chef du service médical.

Le directeur médical de la DHMOSH peut être consulté et fournir une assistance dans tous les cas. Les fonctions et responsabilités en matière d'évacuation sanitaire secondaire sont décrites ci-dessous.

Fonction	Responsabilité
Chef de mission	Habilité par délégation à approuver les évacuations sanitaires secondaires/les rapatriements sur recommandation du Chef du service médical.
Directeur ou Chef de l'appui à la mission	Approuve les évacuations sanitaires secondaires/les rapatriements en consultation avec le Chef du service médical.
Chef du service médical	Recommande les évacuations sanitaires secondaires/les rapatriements et demande l'approbation du directeur/Chef de l'appui à la mission.
Chef du service médical de la force	Recommande les évacuations sanitaires/les rapatriements du personnel en tenue et demande l'approbation du Commandant de la force dans les missions où il n'y a pas de Chef du service médical.
Commandant de la force	Approuve les évacuations sanitaires secondaires/les rapatriements du personnel en tenue en consultation avec le Chef du service médical de la force dans les missions où il n'y a pas de Chef du service médical.
DHMOSH	Fournit des conseils pour la planification et la mise en place d'un système d'évacuation sanitaire ou de rapatriement efficace.
Section du soutien sanitaire	Fournit des conseils et une supervision concernant l'approvisionnement en équipement, en personnel et en services de transport, y compris les contrats externes.

Des opérations d'évacuation sanitaire efficaces exigent une planification, une coordination et une formation minutieuses et le respect des politiques en vigueur. Les plans relatifs aux évacuations sanitaires ou médicales doivent être inclus dans les instructions permanentes propres à la mission/au terrain. S'il est impossible de respecter le protocole 10-1-2, le Chef de mission doit décider si les risques sont acceptables et notifier l'acceptation formelle des risques au Directeur médical du Siège de l'ONU pour information. Le Chef de mission doit étudier des mesures d'atténuation.

À la réception de la demande d'évacuation sanitaire secondaire, le Chef du service médical doit activer et coordonner la procédure d'évacuation et déterminer la gravité et l'urgence de l'état de santé, l'aptitude du patient à voler, le mode de transport et le personnel d'accompagnement ainsi que la destination, en fonction du niveau de soins requis. Le Chef du service médical doit recommander l'évacuation sanitaire secondaire à l'autorité chargée de l'approbation.

Une recommandation doit inclure :

- la période initiale de prise en charge (généralement pas plus de cinq jours, avec des prolongations possibles en fonction des évolutions cliniques) ;
- le mode de transport (c.-à-d. ambulance aérienne, vol des Nations Unies, vol commercial, terrestre, etc.) conformément à l'aptitude à voler ;
- si une escorte est requise/prise en charge, et de quel type (médical, non médical, etc.)
- l'emplacement (en fonction de la zone régionale de soins désignée ou du pays d'origine, le cas échéant)

Une évacuation médicale peut être prise en charge pour le personnel en tenue dans le but d'assurer des soins ou traitements médicaux essentiels non disponibles sur le lieu d'affectation.

Si un pays fournisseur de contingents décide d'évacuer son propre personnel en raison d'un problème de santé préexistant non divulgué lors de la visite médicale préalable au déploiement, ou contre l'avis du Chef du service médical ou du Chef du service médical de la force, la responsabilité de l'évacuation médicale incombe au pays concerné et sa prise en charge doit être couverte par le budget national.

Pour les évacuations médicales dont la durée anticipée dépasse 45 jours ou pour toute prolongation d'une évacuation médicale au-delà de 45 jours, une autorisation doit être obtenue auprès du Directeur médical de l'ONU via le système EarthMed.

Un membre du personnel évacué pour raisons médicales doit être jugé médicalement apte par le Chef du service médical ou le Directeur médical avant de retourner dans son lieu d'affectation.

Le rapatriement médical implique le retour du personnel en tenue dans son pays lorsqu'il est inapte au service pendant 30 jours ou plus en raison d'un problème de santé. Dans la mesure du possible, le personnel en tenue doit être rapatrié pour recevoir des soins médicaux. L'évacuation médicale doit être réservée aux situations qui nécessitent un traitement médical urgent et spécialisé. Dans de tels cas, une évacuation médicale vers le centre d'évacuation médicale le plus proche offrant les soins appropriés doit être prise en charge. Le rapatriement ultérieur du personnel dans son pays d'origine doit être pris en charge aussitôt que son état clinique le permet. Si un personnel en tenue est jugé apte à reprendre ses fonctions dans les 30 jours suivant une blessure ou une maladie, le Chef du service médical peut autoriser un congé maladie pour cette durée et, en cas d'évacuation médicale en dehors de la mission, délivrer une autorisation de retour sur le lieu d'affectation.

Le personnel en tenue présentant des problèmes de santé préexistants non révélés lors de l'examen médical préalable au déploiement doit être rapatrié aux frais de son pays. En cas de grossesse, le personnel en tenue doit être rapatrié avant la fin du cinquième mois de gestation (avant la fin de la 24^e semaine de gestation). Si possible, des vols réguliers ou des vols programmés doivent être utilisés pour le rapatriement.

7.4. Exigences en matière de communication de l'information

7.4.1. EarthMed

Les questionnaires portant sur les évaluations sanitaires primaires et médicales doivent être remplis et suivis et tous les documents doivent être téléchargés. Le Chef du service médical est responsable de la conformité.

7.4.2. Avis de perte (NOTICAS)

Une notification doit être émise en cas de décès (dans les 6 heures), ou de maladie ou blessure grave (dans les 24 heures). Cela est valable pour tout le personnel des Nations Unies (y compris les civils) des missions de maintien de la paix et des missions politiques spéciales. La responsabilité en incombe au Chef de mission, mais ce dernier peut la déléguer aux ressources humaines.

7.4.3. Analyse après action

Des analyses après action doivent être systématiquement réalisées dans un délai de trois jours³⁰ après chaque évacuation sanitaire primaire, conformément aux instructions permanentes de la mission sur les évacuations sanitaires. Les rapports d'analyse après action des évacuations sanitaires primaires et des exercices doivent être communiqués à l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies.

7.4.4. Situations entraînant un grand nombre de victimes ou situations inhabituelles préoccupantes

Le Chef du service médical doit contacter le bureau du Directeur médical par les moyens les plus efficaces à sa disposition (par exemple, courriel ou téléphone) en cas de situation inhabituelle préoccupante faisant craindre une situation entraînant un grand nombre de victimes, avérée ou potentielle.

7.4.5. Documentation médicale

L'urgence inhérente aux évacuations sanitaires primaires ne dispense pas de respecter les normes de qualité en matière d'information et de documentation. Des comptes rendus écrits des interventions médicales doivent être établis à chaque étape du parcours d'évacuation, sans retarder pour autant le processus.

7.5. Messages clés

- Dans le contexte des Nations Unies, le terme « victime » désigne toutes les situations d'urgence mettant en danger la vie d'une personne atteinte d'une maladie ou d'une blessure grave.
- Une évacuation sanitaire primaire désigne l'évacuation d'une victime vers le centre médical adéquat le plus proche, par le moyen de transport le plus efficace.

³⁰ DOS/2020.7 « Politique sur l'évacuation sanitaire primaire sur le terrain ».

- L'évacuation sanitaire primaire est prioritaire sur toutes les autres activités de la mission, à l'exception des actions visant à contrer des menaces immédiates pesant sur le personnel des Nations Unies.
- Les évacuations sanitaires primaires sont des opérations pluridisciplinaires. Au niveau de la mission, le Chef de mission est responsable en dernier ressort du dispositif d'évacuation sanitaire primaire. La DHMOSH a pour mission de soutenir le terrain pour les questions médicales, mais elle ne prend pas de décisions concernant les évacuations sanitaires primaires.
- Le Chef du service médical participe à l'analyse après action pluridisciplinaire après chaque évacuation sanitaire primaire ou médicale CASEVAC/MEDEVAC dans les délais définis par la mission. Si nécessaire, la DHMOSH peut soutenir le processus.
- Le Chef du service médical doit contacter le bureau du directeur de la DHMOSH au plus tôt en cas de situation inhabituelle présentant un risque potentiel ou avéré de situation entraînant un grand nombre de victimes.
- La procédure d'évacuation sanitaire doit garantir le secret médical et s'accompagner d'une documentation répondant aux normes de qualité, sans que cela retarde l'évacuation. Le Chef du service médical est responsable de la conformité.
- Une évacuation médicale désigne l'évacuation depuis un premier établissement de soins médicaux vers un autre établissement de soins médicaux. Elle peut s'effectuer par voie terrestre ou aérienne et doit se faire vers l'établissement médical approprié le plus proche du lieu d'affectation. La nature de la maladie ou de la blessure et le type de traitement requis doivent être pris en compte. Il est essentiel que l'aptitude du patient à voler soit confirmée et documentée.

Chapitre 8 : Situations entraînant un grand nombre de victimes et gestion des catastrophes³¹

8.1. Introduction

Le changement climatique, l'instabilité politique mondiale et la croissance démographique aggravent le risque de voir des situations entraînant un grand nombre de victimes se produire. L'ONU est particulièrement exposée en raison de son champ d'action et de sa zone d'opérations. Ce chapitre fournit des informations complémentaires aux directives de référence sur la gestion d'une situation entraînant un grand nombre de victimes.³²

Étant donné que la nécessité de prendre en charge de nombreuses victimes dépasse les capacités disponibles des systèmes de santé locaux, la coordination nécessite souvent une gestion intégrée de la part de la mission et du Siège de l'ONU. La réponse peut mobiliser des professionnels (notamment dans le domaine des opérations, de la sécurité et de la santé) dans l'ensemble du système des Nations Unies et dans toute la zone de responsabilité des Nations Unies, aux côtés de partenaires et d'intervenants externes. Par conséquent, ces situations nécessitent un plan de circonstance spécial appelé plan d'intervention en cas de pertes massives, qui spécifie les questions de politique et de planification, et décrit un système de réponse préorganisé formulé de manière à atténuer les effets de la situation impliquant un grand nombre de victimes.

8.2. Définitions des termes clés

8.2.1. Catégorisation

Évaluation de l'état d'un individu dans le but de lui attribuer une catégorie pouvant être utilisée à différentes fins (par exemple, pour permettre l'envoi de messages simples sur

³¹ Ce chapitre doit être lu en parallèle avec le chapitre 7 : « Prise en charge des blessés sur le terrain »

³² Voir l'annexe 2.11 du présent manuel, « Guide pour remplir les modèles de plan d'intervention en cas de situations entraînant un grand nombre de victimes », l'annexe 2.12 « Politique de gestion des crises des Nations Unies » ainsi que la politique intitulée « [Autorité, commandement et contrôle dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies](#) » (politique AC2).

quatre ou neuf lignes en cas d'urgence). La catégorisation est effectuée quel que soit le nombre de victimes impliquées et reflète l'état d'un individu à un moment donné.

8.2.2. Chef du Centre d'opérations conjoint/Chef du Centre d'opérations désigné

Le Chef du Centre d'opérations conjoint ou du Centre d'opérations désigné soutient le fonctionnement de l'équipe de gestion de crise et assure le lien, 24h/24 et 7j/7, entre la mission et le Siège de l'ONU (via le Centre des Nations Unies pour les opérations et la gestion des crises). Le Centre d'opérations conjoint (ou désigné) fournit un appui administratif pour les réunions de l'équipe de gestion de crise et/ou de l'Organe de coordination des opérations (OCB), effectue un suivi de la crise et en rend compte, et agit comme centre d'information unique pour toutes les informations liées à la crise .

8.2.3. Équipe de gestion de crise

L'équipe de gestion des crises est un organe de décision de haut niveau inter-composantes dirigé par le Chef de mission (ou la personne désignée au sein de la mission)³³.

8.2.4. Groupe de travail de la gestion de crise/Organe de coordination des opérations

Ces deux organes sont chargés d'appuyer l'équipe de gestion de crise. Un des responsables de la mission (généralement le Chef d'état-major) est nommé coordinateur de la gestion de crise et préside le Groupe de travail de la gestion de crise ou l'Organe de coordination des opérations. Il assure le lien avec l'équipe de gestion de crises pour garantir que des objectifs sont fixés et atteints en la matière.

8.2.5. Responsable de la gestion de crise

Cette responsabilité incombe généralement au Chef de mission.

8.2.6 Agents habilités

Dans les missions, le Représentant spécial du Secrétaire général (RSSG) est généralement l'agent habilité. Les Représentants spéciaux sont les principaux

³³ Ses fonctions au sein de la mission sont décrites à la section D.8.8 (par. 87–93) de la politique relative à l'autorité, au commandement et au contrôle dans les opérations de maintien de la paix des Nations Unies (AC2). Pour les dispositions spécifiques à la mission, voir les instructions permanentes propres à la mission.

responsables de la sécurité du personnel des Nations Unies .³⁴ Cela comprend la planification des interventions en cas de situation entraînant un grand nombre de victimes. Lorsque les procédures de réponse à une crise sont activées, le Chef de mission est désigné responsable de la gestion de crise.

8.2.7. Situation entraînant un grand nombre de victimes

Une situation entraînant un grand nombre de victimes ou une catastrophe est une situation dans laquelle les ressources disponibles en termes de soins de santé ne suffisent pas à gérer de nombreuses victimes.

Une telle situation peut résulter de catastrophes naturelles (par exemple, des tremblements de terre) ou d'origine humaine (par exemple, des actes terroristes, des accidents de la route) et peut s'accompagner de dommages matériels importants aux infrastructures et à l'environnement. Les situations entraînant un grand nombre de victimes ne se limitent pas aux cas de traumatismes multiples (par exemple, maladie infectieuse ou intoxication alimentaire collective, ou produits chimiques, industriels ou non, comme le monoxyde de carbone).

Il n'existe pas de critères fixes pour définir une situation entraînant un grand nombre de victimes. Cela peut varier considérablement en fonction du contexte et des ressources disponibles.

8.2.8 Organe de coordination des opérations

Voir Groupe de travail de la gestion de crise.

8.2.9 Triage

Le triage est un système de priorisation de la prise en charge des patients (ou aux victimes lors d'une catastrophe) en fonction de la maladie/blessure, de la gravité, du

³⁴ « Le Secrétaire général désigne par écrit, dans chaque pays ou zone où l'ONU est présente, le plus haut fonctionnaire comme responsable de la sécurité et accrédité auprès du gouvernement hôte.[...] Le responsable désigné rend compte au Secrétaire général par l'intermédiaire du Secrétaire général adjoint à la sûreté et à la sécurité ; il est responsable de la sécurité du personnel des Nations Unies, de ses locaux et de ses biens, dans tout le pays ou dans la zone désignée. » (*Manuel des politiques de sécurité des Nations Unies*, chap. II, section A « Cadre de références sur les rôles et responsabilités dans le système de gestion du dispositif de sécurité des organismes des Nations Unies » F.13)

pronostic et des ressources disponibles. Le triage est un processus continu qui se poursuit jusqu'à la fin du parcours de soins intensifs. Les patients sont triés à chaque étape. Le plus souvent, le triage est basé sur une catégorisation. Le triage est bien plus qu'un simple système de catégorisations répétées tout au long d'un parcours de soins ou qu'un processus de gestion des incidents : il s'agit d'un système dynamique intégrant des éléments multidisciplinaires pour générer la meilleure prestation possible de soins collectifs et, à ce titre, implique des considérations éthiques et managériales.

8.3. Rôle de la DHMOSH

La section de l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies du DHMOSH fait partie de la capacité de réponse médicale des Nations Unies en cas de crise impliquant un nombre de victimes.

L'équipe d'intervention médicale peut fournir des conseils sur tous les aspects de la gestion globale des situations entraînant un grand nombre de victimes. En collaboration avec d'autres sections de la DHMOSH, l'équipe peut apporter son concours en matière de planification (rédaction et révision du plan d'intervention en cas de pertes massives), de formation et d'éducation (conception, mise en œuvre, ressources existantes), d'atténuation des risques, de réponse et de rétablissement et d'amélioration continue.

L'équipe d'intervention médicale peut être activée par le directeur de la DHMOSH pour fournir une assistance et une coordination à distance au niveau du Siège et dans l'ensemble du système des Nations Unies (connaissance de la situation, gestion de l'information et suivi de la situation) ou une assistance régionale/locale avec des capacités médico-administratives. Une assistance téléphonique d'urgence peut également être fournie.

Lorsque l'assistance du Siège de l'ONU est demandée ou jugée nécessaire, la DHMOSH coordonnera la gestion des aspects médicaux de la situation, et la Section du soutien sanitaire de la Division de la logistique apportera son aide pour les aspects logistiques.

8.4. Exigences en matière de communication de l'information

8.4.1. Ensembles de plans relatifs aux situations entraînant un grand nombre de victimes

« Lorsqu'un service médical de l'ONU est présent dans un lieu d'affectation, c'est à lui que revient la responsabilité principale de remplir les quatre documents concernant le lieu d'affectation : l'analyse des risques et des menaces, la synthèse de l'appui sanitaire, le concept d'opérations et le guide de consultation rapide. Lorsqu'il n'y a pas de service médical de l'ONU, cette responsabilité incombe à la Section de la sécurité, avec l'aide de la DHMOSH à New York »³⁵.

En collaboration avec le Chef du service médical de la force, le Chef du service médical élabore tous les aspects médicaux de la gestion de crise.

Les soins d'urgence primaires s'appuient sur des ressources locales (Nations Unies ou autres). Les mesures secondaires de soutien à la réponse peuvent impliquer des partenaires locaux, des ressources régionales appartenant ou pas aux Nations Unies, le Siège de l'ONU et le système des Nations Unies dans son ensemble, ainsi que des tiers.

Tous les ensembles de plans relatifs aux situations entraînant un grand nombre de victimes (les plans de chaque lieu d'affectation, y compris tous les emplacements et entités – s'il y a plusieurs bâtiments ou camps – dans le lieu d'affectation ; les plans de chaque établissement médical) doivent être partagés avec l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies et cette dernière doit être tenue informée de toute mise à jour ou modification, ainsi que des activités éducatives et de la formation.

8.4.2. Atténuation des risques, situations inhabituelles ou situations préoccupantes

L'anticipation est un élément crucial de la gestion de crise. Le Chef du service médical (ou le médecin le plus haut placé disponible) doit informer la DHMOSH, avec copie à l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies, de toute mise en œuvre de mesures d'atténuation, et de toute situation inhabituelle ou préoccupation.

³⁵ Annexe 2.11 « Guide pour remplir les modèles de plan d'intervention en cas de situations entraînant un grand nombre de victimes », p. 5.

8.4.3. Situation entraînant un grand nombre de victimes ou situation de crise

Le bureau du Directeur de la DHMOSH et l'équipe d'intervention médicale doivent être immédiatement informés en cas de crise ou de situation entraînant un grand nombre de victimes au sein de la mission. Des formats standard sont recommandés (par exemple, situation, contexte, évaluation, demande ou SBAR) pour la correspondance initiale. Des points focaux doivent être désignés.

8.4.4. Relèvement

Toutes les activités et la documentation relatives aux analyses après action ou aux enseignements tirés doivent être communiquées à la DHMOSH ou à l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies. Lorsque cela est jugé approprié, l'équipe d'intervention médicale doit être invitée à participer à ces activités.

8.5. Messages clés

- Les situations entraînant un grand nombre de victimes peuvent survenir à tout moment et n'importe où. Les plans en cas de situation entraînant un grand nombre de victimes de la mission, du lieu d'affectation et de l'équipe sont les documents à lire en priorité avant un déploiement dans le cadre d'une mission des Nations Unies.
- Les chefs d'équipe médicale doivent s'assurer en priorité que les informations contenues dans le plan relatif aux situations entraînant un grand nombre de victimes de leur entité sont exactes et à jour, et actualiser le plan aussi souvent que nécessaire. Ils doivent familiariser leur équipe avec le plan et la former en conséquence. Les plans doivent être testés et mis à jour régulièrement.
- Quel que soit son niveau, chaque établissement de soins médicaux doit disposer d'un plan en cas de situation entraînant un grand nombre de victimes à jour. Les commandants d'hôpitaux et les médecins-chefs (pour les établissements de niveau 1) sont chargés d'améliorer ces documents de manière continue et d'organiser des formations régulières.
- Le triage est un système. Le personnel doit s'assurer qu'il connaît le protocole recommandé au niveau du lieu d'affectation. Le protocole de triage recommandé par les Nations Unies doit également être suivi.

- Le personnel doit travailler en réseau au niveau local, et de manière formelle et informelle, et conformément aux lignes hiérarchiques. Il est important de connaître les personnes avec lesquelles on sera peut-être amené à travailler à un moment donné.
- Toute la documentation doit être mise à la disposition de l'équipe d'intervention médicale des Nations Unies. En cas d'incident inhabituel dépassant les ressources du lieu d'affectation (ou en cas d'incident potentiel susceptible de dépasser ces ressources), la DHMOSH doit être immédiatement contactée et les informations doivent être remontées jusqu'au Siège de l'ONU par l'intermédiaire de l'équipe de gestion de crise.
- La gestion des situations entraînant un grand nombre de victimes ne se limite pas à la l'intervention, et la préparation à ce type de situation ne se limite pas à la planification. L'éducation, la formation, les exercices et la pratique sont primordiaux.

Chapitre 9 : Dispositions relatives aux dépouilles

9.1. Introduction

En cas de décès d'un membre du personnel civil ou en tenue, toutes les dispositions relatives à la préparation et au transport de la dépouille du défunt seront prises conformément aux pratiques du gouvernement concerné.

9.2. Définition des termes clés, exigences en matière de communication de l'information et responsabilités

Termes	Définitions et exigences en matière de communication de l'information
Déterminer la nature du décès	En cas de décès d'un membre d'une mission : <ul style="list-style-type: none">• La Section des services médicaux sera consultée pour établir la cause du décès.• Si le décès survient à la suite d'une maladie, d'un accident ou dans des circonstances peu claires, le Département de la sûreté et de la sécurité (s'il est présent) mettra en œuvre des mesures immédiates pour sécuriser le lieu du décès et recueillir des informations et des éléments probants, ou émettra des recommandations dans ce sens.• Si le décès est survenu à la suite d'une situation d'urgence, d'un accident ou dans des circonstances peu claires, le Département de la sûreté et de la sécurité sécurisera le lieu du décès et recueillera des informations.
Remplissez le formulaire NOTICAS en ligne.	Toutes les notifications doivent être soumises par voie électronique via le site Web NOTICAS.

Déplacement des dépouilles	Les dépouilles doivent être déplacées vers une installation appropriée des Nations Unies ou du gouvernement local afin de préparer le rapatriement et/ou de procéder à l'autopsie (dans les cas de suspicion d'actes répréhensibles).
----------------------------	---

9.3. Rôle de la DHMOSH

La DHMOSH n'a pas de rôle spécifique mais peut soutenir le service médical de terrain sur des questions médicales lorsque cela est nécessaire.

9.4. Messages clés

L'Organisation des Nations Unies dispose d'un processus multidisciplinaire bien établi concernant les dispositions relatives à la préparation et au transport de la dépouille en cas de décès d'un membre du personnel en tenue ou civil. La Section des services médicaux et les unités médicales ne jouent pas de rôle majeur dans ce processus.

MODULE 3: GESTION DES SOINS DE SANTÉ

Chapitre 10 : Habilitation technique du personnel médical

10.1. Introduction

L'efficacité et l'efficience du soutien sanitaire sur le terrain sont étroitement liées aux qualifications et aux capacités des professionnels de santé déployés dans les missions sur le terrain. Le *Manuel des Nations Unies sur les règles et procédures régissant les remboursements et le contrôle relatifs au matériel appartenant aux forces militaires ou de police des pays qui participent aux missions sur le terrain* (le Manuel MAC), le *Manuel des Nations Unies relatif à la constitution et au déploiement d'unités militaires et de police pour les opérations de paix* (2021) et la *Politique des Nations Unies relative à la vérification et l'amélioration de la préparation opérationnelle* (2015) soulignent l'exigence obligatoire d'une habilitation technique pour le personnel médical qui travaille à tous les niveaux des installations médicales dans les missions des Nations Unies. Ce chapitre définit les exigences minimales en matière de qualifications professionnelles et les procédures d'habilitation technique pour le déploiement du personnel médical dans les missions sur le terrain, avec pour objectif d'harmoniser les différences en matière de formation et de pratiques médicales entre les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police et de garantir que le personnel médical déployé possède le bagage nécessaire de connaissances, de compétences et d'aptitudes liées au poste.

10.2. Définitions des termes clés

10.2.1. Normes médicales professionnelles

L'établissement de normes médicales professionnelles pour le personnel médical déployé dans les missions prend en compte tous les éléments suivants : les qualifications et l'expérience des prestataires de soins de santé, les normes de soins médicaux des Nations Unies, le code d'éthique des professionnels de la santé, ainsi que le perfectionnement professionnel continu et le maintien des compétences.

10.2.2. Exigences en matière de qualifications professionnelles

Les qualifications professionnelles requises comprennent l'apprentissage et la formation liés à la médecine, les années de pratique, l'accréditation nationale pour la pratique non supervisée et l'ensemble des capacités requises pour une spécialité particulière, etc. Les qualifications et l'expérience minimales acceptées par les Nations Unies pour les différentes catégories de personnel médical sont définies dans les *lignes directrices des Nations Unies relatives à l'examen de l'habilitation technique du personnel médical en vue de son déploiement dans les lieux d'affectation hors siège de l'ONU*.³⁶

10.2.3. Examen de l'habilitation technique

En cas de nouveaux déploiements et de rotations, à tous les niveaux des capacités médicales et des autres composantes médicales modulaires, les demandes officielles d'habilitation technique, accompagnées de copies intégrales des diplômes d'études certifiés par le gouvernement et des attestations de pratique clinique, doivent être soumises à la DHMOSH/Département de l'appui opérationnel (technicalclearance@un.org), au Siège de l'ONU, par l'intermédiaire des Missions permanentes des États Membres, trois mois avant la date de déploiement prévue. Les principaux documents à soumettre pour les demandes d'habilitation technique comprennent :

- Certificat/diplôme universitaire
- Certificat de formation spécialisée (le cas échéant)
- Autorisation ou inscription valide pour exercer
- Certification de formation avancée en urgences traumatologiques, en prise en charge pré-hospitalière des urgences traumatologiques ou formation équivalente
- Certificat de formation en infirmerie aérienne (le cas échéant)
- Un curriculum vitae ou une notice personnelle

³⁶ DOS/DHMOSH/MWFM/2023.4 [« Lignes directrices des Nations Unies relatives à l'examen de l'habilitation technique du personnel médical en vue de son déploiement dans les lieux d'affectation hors Siège des Nations Unies » \(disponible en anglais\) \(2023\)](#)

10.2.4. Normes médicales de l'Organisation des Nations Unies

Dans toutes les missions sur le terrain, le soutien sanitaire doit satisfaire des normes acceptables par les Nations Unies et tous les États Membres participants. Même si cela peut soulever des difficultés en raison des disparités entre les normes sanitaires et les contraintes juridiques des États Membres, le niveau des soins médicaux fournis à tout le personnel de la mission doit être uniformément élevé et conforme aux normes prescrites en matière de qualité, de capacité et d'aptitude. Tout manquement à ces normes ou toute disparité dans l'application de celles-ci qui entraîne un préjudice évitable pour le personnel des Nations Unies affecte le niveau du soutien sanitaire.

10.2.5 Code de déontologie des médecins

En tant que professionnels de la santé, les médecins ont le devoir de reconnaître leur responsabilité fondamentale envers les patients, la société et les autres prestataires de soins de santé, ainsi qu'envers eux-mêmes. Pour mieux reconnaître les responsabilités complexes et parfois concurrentes des professionnels de la sécurité et de la santé au travail envers les travailleurs, les employeurs, le public, les autorités de la santé publique et du travail et d'autres organismes, le Groupe de travail des directeurs des services médicaux des organismes des Nations Unies recommande que toute déclaration de principes déontologiques formulée à l'échelle de l'Organisation sur les questions de santé au travail ou tout code déontologique spécifique à un groupe de professionnels (par exemple, les médecins, les infirmières, les hygiénistes, les psychologues, etc.) soit basé sur le Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail et soit compatible avec ce dernier.

10.2.6. La problématique du genre en médecine

Avec la participation croissante des femmes aux opérations de maintien de la paix, comme soldats de la paix ou personnel civil, il existe une demande croissante de services médicaux répondant aux besoins spécifiques des femmes dans les missions. Les États Membres qui prévoient de déployer des installations médicales doivent faire du déploiement d'un personnel médical féminin bien formé et qualifié aux côtés de leurs homologues masculins une priorité. Les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police sont également encouragés à déployer des médecins généralistes ayant une expérience de la pratique de la santé des femmes afin de

renforcer les services médicaux prenant en compte la dimension de genre en première ligne de soins.

10.3. Fonctions et responsabilités

L'examen de l'habilitation technique est obligatoire pour tout le personnel déployé ou sous contrat en tant que personnel médical sous le drapeau des Nations Unies. Au cours du processus de constitution des forces, l'entité compétente du Département des opérations de paix doit informer les États Membres des exigences en matière de qualifications professionnelles connexes. Lors de la visite d'inspection préalable au déploiement, les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police doivent soutenir l'évaluation initiale des compétences professionnelles par le représentant médical de l'équipe chargée de la visite d'inspection. Avant le déploiement prévu, les Missions permanentes des pays fournisseurs de contingents doivent soumettre des demandes officielles d'habilitation technique à la DHMOSH dans le délai approprié et s'assurer que les soumissions sont complètes. Toute soumission incomplète ne sera pas prise en compte pour l'habilitation.

La DHMOSH a pour mandat d'établir un cadre de qualification professionnelle et un mécanisme d'habilitation technique fondé sur les politiques des Nations Unies en la matière. L'équipe de gestion du personnel médical de la DHMOSH met en œuvre le traitement des demandes en collaboration avec le Service de constitution des forces du Département des opérations de paix et la Division de l'appui au personnel en tenue du Département de l'appui opérationnel pour le déploiement du personnel médical dans des installations médicales de différents niveaux. À la suite d'un examen technique standardisé, un rapport d'homologation technique sera remis à la Mission permanente de l'État Membre qui a soumis la demande et transmis en copie aux parties prenantes concernées au Siège de l'ONU et au bureau du Chef du service médical de la mission concernée. La DHMOSH guide également les missions sur le terrain dans la mise en place de procédures de vérification des compétences du personnel afin de renforcer la responsabilisation (voir annexe 3.13).

L'autorité médicale de la mission doit se coordonner avec les entités concernées sur le terrain et établir des procédures de travail pour la vérification du personnel médical

déployé. Les points focaux des bureaux du Chef du service médical et du Chef du service médical de la force doivent participer aux inspections régulières du matériel appartenant aux contingents et vérifier le statut et les compétences du personnel des installations médicales des pays fournisseurs de contingents, en parallèle de l'évaluation du matériel majeur et des capacités de soutien logistique autonome. Des rapports de vérification du personnel mis à jour doivent être soumis régulièrement à la DHMOSH afin d'optimiser les procédures d'habilitation.

10.4. Messages clés

- L'efficacité et l'efficience du soutien sanitaire sur le terrain sont étroitement liées aux qualifications et aux capacités des professionnels de santé déployés dans les missions sur le terrain. L'habilitation technique obligatoire s'applique à tout le personnel médical affecté dans les installations médicales de niveaux 1, 1+, 2, 2+, 3 des missions, ainsi que dans les modules de capacités renforcées associés.
- Les qualifications et l'expérience minimales du personnel médical des différentes catégories acceptées par les Nations Unies sont définies dans les *Lignes directrices relatives à l'examen de l'habilitation technique du personnel médical en vue d'un déploiement dans des lieux d'affectation hors Siège des Nations Unies (disponible en anglais)*. Les pays fournisseurs de contingents doivent se conformer aux exigences relatives à l'homologation technique et soumettre une demande d'habilitation dans un délai raisonnable avant le déploiement.
- Des efforts conjoints du Siège de l'ONU, des États membres et des missions sur le terrain sont nécessaires pour optimiser les processus d'habilitation technique et renforcer la responsabilisation.

Chapitre 11 : Gouvernance clinique

11.1. Introduction

La gouvernance clinique veille à ce que des systèmes soient en place pour fournir des soins de santé sûrs et de haute qualité et pour améliorer en permanence les services grâce au suivi et à la surveillance. Pour fournir des soins de santé sûrs et de haute qualité, il faut que la bonne personne fasse ce qu'il faut au bon moment. En d'autres termes, cela implique que le problème d'un patient soit traité sur la base des meilleures données disponibles, de la manière souhaitée par le patient, par une personne ou une équipe correctement formée et dotée des ressources appropriées. Ces personnes et ces équipes, quant à elles, doivent effectuer leur travail dans le cadre d'une organisation qui est responsable du travail de son personnel, le valorise (c'est-à-dire l'évalue et le perfectionne), minimise les risques et tire des enseignements des bonnes pratiques comme des erreurs.

11.2. Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Gouvernance clinique	Structures, systèmes et normes mis en œuvre pour créer une culture, et pour guider et contrôler les activités cliniques. La responsabilité clinique et l'obligation de rendre des comptes constituent un sous-ensemble de la gouvernance clinique et impliquent le suivi et la surveillance des activités cliniques, y compris la réglementation, l'audit, l'assurance et la conformité par les hauts dirigeants, les régulateurs et les auditeurs internes et externes.
Parcours clinique	Les parcours cliniques déclinent les lignes directrices cliniques en un processus standardisé et structuré. Ils décrivent en détail les différentes étapes de la prise en charge du patient, avec des délais stricts pour chacune d'entre elles et définissent des critères rigoureux pour le passage d'une étape à l'étape suivante. On parle également de cartes de

	soins, de parcours de soins, de parcours de soins intégrés et de protocoles. ³⁷
Audit clinique	En 2002, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) a défini un audit clinique de la manière suivante : « un processus d'amélioration de la qualité visant à améliorer les soins et les résultats des patients grâce à un examen systématique des soins en fonction de critères explicites et à la mise en œuvre de changements ». L'audit clinique mesure un résultat ou un processus clinique en fonction de normes clairement définies fondées sur les principes de la médecine factuelle.
Évènements cliniques indésirables (et systèmes de déclaration)	Un événement indésirable est un incident qui entraîne un préjudice évitable pour un patient. Les systèmes de déclaration des événements cliniques indésirables sont conçus pour obtenir des informations sur les événements (et les quasi-accidents) et les situations affectant la sécurité des patients. Ces incidents peuvent servir à éclairer les opportunités d'apprentissage et d'amélioration individuelles et organisationnelles en matière de qualité et de sécurité des patients.
Analyse des causes profondes	Une analyse des causes profondes est un outil permettant aux organisations de déterminer rétrospectivement les causes profondes d'un événement au cours duquel un patient a subi un préjudice ou au cours duquel des faits indésirables se sont produits ou ont failli se produire afin d'y remédier. Il s'agit d'enquêter de façon logique et structurée sur l'événement, l'enchaînement des faits et leurs causes de façon à

³⁷ Leigh Kinsman *et al.*, « What is a clinical pathway? Development of a definition to inform the debate », *BMC Medicine*, vol. 8 (mai 2010).

	comprendre comment éviter qu'un tel événement se reproduise.
Enquête sur la culture de sécurité	Les enquêtes sur la culture de sécurité sont un outil fiable et valide pour évaluer la perception de la culture de la sécurité des patients au sein d'un établissement de santé. Leur objectif est d'identifier les domaines susceptibles d'avoir une incidence négative sur la sécurité des patients ou d'entraver l'amélioration de la qualité des services en laissant subsister des menaces actives ou latentes pour la sécurité des patients.
Enquête sur l'expérience des patients	La collecte de données sur l'expérience des patients permet d'obtenir des informations factuelles auprès des patients sur leurs interactions avec le personnel, les processus et les environnements physiques d'un établissement de santé. La mesure de l'expérience du patient est obtenue au moyen d'une enquête administrée après la sortie du patient d'un séjour hospitalier ou immédiatement après une consultation externe dans une clinique.
Outil d'évaluation des hôpitaux	L'outil d'évaluation des hôpitaux est une auto-évaluation à effectuer par les établissements médicaux de terrain de niveau 1+ et au-dessus au cours des cinquième et dixième mois de la rotation du personnel médical.
Réclamation ou plainte du patient	Une réclamation d'un patient est une plainte formelle ou informelle, écrite ou verbale, adressée à un établissement médical par un patient ou son représentant. Elle concerne les soins prodigués à un patient (lorsqu'une plainte n'a pas été résolue au moment de la plainte par le personnel présent), des mauvais traitements, des abus (mentaux, physiques ou sexuels commis par le personnel médical dans l'exercice de ses fonctions) ou de la négligence, ou peut être liée à des problèmes de conformité de l'établissement.

11.3 Exigences en matière de communication de l'information – quoi/quand/comment

Exigibilité	Informations à transmettre	Procédure
Tous les jours	Enquête sur l'expérience des patients	L'établissement médical doit l'administrer quotidiennement auprès des patients qui sortent d'un séjour à l'hôpital ou d'une consultation externe en clinique.
Premier mois de rotation	Parcours cliniques	Au cours du premier mois suivant la rotation à l'hôpital, tous les cliniciens doivent télécharger l'application Malaria Toolkit de l'OMS et d'autres applications OMS/Firstline. Le commandant de l'hôpital doit également soumettre des parcours cliniques personnalisés en matière de traumatisme, de syndrome coronarien aigu et de COVID-19.
Cinquième et dixième mois de rotation	Outil/rapport d'évaluation des hôpitaux	Le commandant de l'hôpital complète le rapport et le transmet au Chef du service médical et au Chef du service médical de la force. Ils effectuent une visite conjointe de l'hôpital et discutent des résultats. Le Chef du service médical soumet le rapport à la Section de la gouvernance clinique de la DHMOSH.
Sur demande	Audit clinique	À la demande de la Section de la gouvernance clinique, l'installation médicale doit soumettre les dossiers médicaux complets de tous les patients pour la période auditée. Se conformer aux recommandations dans les délais recommandés.

Comme prévu	Évaluation de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients	L'hôpital doit se préparer à une évaluation si aucune évaluation n'a été réalisée jusqu'alors.
--------------------	---	--

11.4. Messages clés

- Des soins médicaux sûrs et de haute qualité relèvent de la responsabilité de **tout** le personnel, depuis le personnel présent en première ligne ou au chevet des malades jusqu'à la direction.
- Le personnel travaillant dans les cliniques de niveau 1 et les installations médicales de niveau 1+ et supérieur doit soumettre les documents demandés selon le délai indiqué ci-dessus.

Chapitre 12 : Santé publique

12.1. Introduction

La Section de la santé publique de la DHMOSH a pour mission d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la communauté des Nations Unies, y compris les civils et le personnel en tenue des entités des Nations Unies partout dans le monde, tant sur le lieu de travail qu'en dehors. La section élabore des lignes directrices, des politiques et des plans d'atténuation des risques pour le Secrétariat et les missions et opérations sur le terrain. Elle prépare également le Siège de l'ONU et les missions sur le terrain à surveiller et à répondre aux crises et aux urgences de santé publique, quels que soient le contexte et le lieu. En tant qu'autorité de santé publique au sein du système des Nations Unies, la section assure le lien entre les parties prenantes de l'Organisation et les autorités médicales et de santé publique locales et internationales et fournit des conseils à la haute direction sur les questions de santé publique et leurs implications pour le personnel des Nations Unies, en promouvant des améliorations des politiques et des systèmes qui favorisent la santé.

12.2 Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Prophylaxie post-exposition	La prophylaxie post-exposition pour le VIH est une aide médicale d'urgence proposée à une personne qui a pu être exposée au VIH afin d'éviter à cette personne de développer une éventuelle infection par le VIH. Les services de prophylaxie post-exposition pour le VIH comprennent les premiers soins (selon la nature de l'exposition), un appui psychosocial, l'évaluation du risque d'exposition au VIH, le dépistage du VIH et un traitement de 28 jours à base de médicaments anti-VIH accompagné d'un soutien et d'un suivi adéquats.
Dépositaires de la PPE VIH	Les dépositaires de la PPE VIH sont des membres du personnel des Nations Unies désignés dans chaque lieu d'affectation pour

	conserver les kits PEP VIH et les distribuer aux membres du personnel des Nations Unies.
Épidémie	Une épidémie est définie comme un nombre de cas de maladie dépassant ce qui serait normalement attendu dans une communauté, une zone géographique ou une saison définie.

12.3 Rôle de la DHMOSH

12.3.1. Promotion de la santé générale et prévention des maladies chroniques

Avec pour mission d'améliorer et de promouvoir un mode de vie sain et des opportunités pour la communauté des Nations Unies, la Section de la santé publique élabore et met en œuvre des campagnes mondiales ciblées de promotion de la santé pour encourager des modes de vie sains et une bonne forme physique, ainsi que des initiatives intégrées pour la prévention des maladies chroniques et infectieuses parmi le personnel des Nations Unies. Cela comprend l'élaboration de lignes directrices de prévention spécifiques à certaines maladies et de webinaires de promotion de la santé, la publication d'articles liés à la santé, la formation du personnel de santé des Nations Unies à la promotion de la santé et l'organisation de campagnes de promotion de la santé axées sur certaines maladies et de discussions sur la santé publique au cours desquelles des problèmes de santé spécifiques sont abordés par des experts en santé publique. La section fournit également des conseils techniques au personnel des missions des Nations Unies sur le terrain sur les stratégies et la planification de la promotion de la santé.

12.3.2. Flambées de maladies, urgences de santé publique et gestion des pandémies

La Section de la santé publique est chargée de fournir le leadership stratégique et technique et les orientations politiques générales nécessaires à la gestion des épidémies, des urgences de santé publique et des crises touchant les lieux d'affectation et les missions des Nations Unies partout dans le monde.

Pour garantir que le système des Nations Unies dispose des capacités nécessaires pour répondre à une épidémie, la section élabore, révise, met à jour et améliore en permanence ses plans d'atténuation des risques et de préparation propres à certaines

maladies. Elle fournit des conseils sur la mise en œuvre de politiques visant à aider les différents lieux d'affectation à mettre en place des plans de circonstance en cas d'épidémie. La section évalue également le Plan d'action du système des Nations Unies en cas de pandémie et formule des recommandations en vue de son amélioration, et veille à ce que toutes les missions disposent de plans de circonstance applicables et de fournitures essentielles de base pour répondre à toute épidémie.

Afin de préparer le personnel médical, les gestionnaires et les hauts fonctionnaires des Nations Unies à répondre aux urgences de santé publique, la section organise régulièrement des programmes de formation aux enquêtes sur les flambées épidémiques et à la gestion et à la réponse aux épidémies pour garantir que toutes ces parties prenantes sont connaissent parfaitement les fonctions et les responsabilités qui sont les leurs. Par ailleurs, la section est chargée d'élaborer tous les outils d'intervention d'urgence en matière de santé publique et de les mettre à disposition sur le terrain. Ces outils comprennent des bases de données et des systèmes électroniques de collecte de données qui permettent la déclaration et la gestion des cas, le suivi et la surveillance des maladies et l'analyse des données.

Lors d'une pandémie, d'une flambée épidémique ou d'une urgence de santé publique, le rôle principal de la section est de veiller à ce que les risques pour le personnel des Nations Unies à l'échelle mondiale soient gérés et traités de manière appropriée et à ce que les dirigeants des Nations Unies reçoivent des informations actualisées sur les lieux d'affectation des Nations Unies ou les risques et les conséquences liés à l'épidémie sont importants.

En collaboration avec le Groupe des directeurs médicaux des Nations Unies, la section élabore des orientations et des protocoles pertinents et actualisés ; elle facilite et soutient les enquêtes sur les crises sanitaires et la gestion des groupes de cas dans les lieux d'affectation avec et sans présence médicale des Nations Unies, en fournissant des recommandations si nécessaire et en maintenant le flux de communication entre les principales parties prenantes impliquées dans la gestion des cas.

La section soutient également le développement des outils d'information, d'éducation et de communication nécessaires à l'éducation sanitaire et à la sensibilisation aux épidémies/pandémies et aux mesures préventives qui doivent être mises en œuvre dans les lieux d'affectation des Nations Unies pour atténuer la maladie.

12.3.3. Programme de prophylaxie post-exposition au VIH du système des Nations Unies et programmes VIH dans les missions des Nations Unies

La Section de la santé publique fournit un appui technique, une formation et des conseils aux missions et lieux d'affectation des Nations Unies sur toutes les questions liées à la gestion et à la mise en œuvre du programme de lutte contre le VIH. Cela comprend la gestion et la coordination du Programme de prophylaxie post-exposition au VIH du système des Nations Unies, qui garantit l'accès aux services de PEP VIH et la disponibilité des kits PEP VIH dans tous les lieux d'affectation des Nations Unies et dans tous les pays du monde en cas d'exposition au VIH.

La section est responsable du développement de tous les outils de signalement requis pour les kits PPE VIH, de la formation des dépositaires des kits PPE VIH et de la fourniture d'un soutien technique aux équipes médicales et de santé publique sur le terrain qui coordonnent le programme de prévention du VIH dans les missions des Nations Unies. Elle procède également à des examens périodiques du programme VIH existant et de son mandat en collaboration avec les parties prenantes et veille à ce que tous les outils et systèmes nécessaires soient à jour et que les documents de politique et d'orientation nécessaires soient élaborés et accessibles. En outre, la section coordonne la mobilisation des ressources et l'achat des kits de PPE VIH ainsi que leur distribution dans tous les lieux d'affectation des Nations Unies dans le monde, en effectuant un suivi de leur utilisation grâce à la plateforme de traçage des kits de PPE VIH.

12.4. Exigences en matière de communication de l'information

12.4.1. Outil de communication d'informations médicales

Le formulaire de compte rendu médical 3B (MSA-3B) reflète l'état de santé général du personnel des Nations Unies dans la zone de mission et fournit des informations

épidémiologiques importantes à des fins de surveillance et de planification de l'appui à la réponse.

Le MSA-3B doit être rempli par chaque unité médicale des contingents et des unités de police constituées et soumis deux fois par mois au Chef du service médical de la force concerné.

Veuillez consulter le chapitre 13 pour obtenir des informations détaillées sur cet outil et sur les exigences en matière de communication de l'information.

12.4.2. Outil de signalement en ligne des épidémies

L'outil de signalement en ligne des épidémies (ORT) a été développé par la DHMOSH à la suite de la pandémie de COVID-19 pour améliorer la capacité collective à suivre, gérer et prévenir les épidémies de maladies infectieuses (comme Zika, Ebola, etc.) sur le terrain.

Toutes les épidémies survenant dans votre lieu d'affectation doivent être signalées à l'aide de l'outil de signalement en ligne des épidémies. Ces informations fournissent à la haute direction un aperçu des épidémies en cours impliquant du personnel de votre lieu d'affectation. Veuillez compléter le formulaire le plus précisément possible, en vous basant sur les informations dont vous disposez au moment de la déclaration.

Veuillez consulter le chapitre 13 pour obtenir des informations détaillées sur cet outil et sur les exigences en matière de communication de l'information.

12.5. Messages clés

- Les responsabilités de la Section de la santé publique comprennent, sans toutefois s'y limiter, l'élaboration et la mise en œuvre de campagnes mondiales de promotion de la santé, la surveillance des épidémies de maladies infectieuses, la réponse aux urgences et aux crises de santé publique et la coordination du programme de kits PEP VIH pour garantir l'accès et la disponibilité à l'échelle mondiale.
- La Section de la santé publique collabore avec les lieux d'affectation pour fournir un leadership, des orientations générales et un soutien sur toutes les questions de santé publique.

- Des signalements précis et rapides à l'aide de l'outil de transmission des informations médicales et l'outil de signalement en ligne des épidémies sont essentiels pour fournir à la Section de la santé publique des données en temps réel permettant de répondre rapidement aux épidémies de maladies infectieuses et d'élaborer des programmes de lutte contre les maladies non infectieuses.

Chapitre 13 : Outils de tenue des dossiers médicaux et de communication d'informations médicales

13.1. Introduction

La gestion efficace des informations médicales, notamment celles concernant les patients, est un élément essentiel de la planification du soutien sanitaire et de la prestation des services médicaux. Ces informations doivent être standardisées et diffusées rapidement à tous ceux qui en ont besoin, dans le respect du secret médical. Toutes les informations doivent être enregistrées par l'établissement médical dans lequel le traitement a été initié, conformément au chapitre sur la gestion de l'information des Normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients des Nations Unies. Un dossier patient est créé et transmis chaque fois que le patient est orienté ou transféré vers un autre établissement médical. L'établissement médical initial sera responsable de la tenue d'un dossier principal sur le patient et ne devra divulguer aucune information sur le patient sans l'autorisation écrite du Bureau du Chef du service médical. La notification de la personne la plus proche incombe au commandant du contingent national compétent, en consultation avec les dirigeants de la mission, et doit être effectuée avant que toute déclaration officielle sur l'incident ne soit rendue publique.

13.2 Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Dossiers médicaux	On entend par dossiers médicaux l'enregistrement systématique des antécédents médicaux d'un patient et des traitements prodigués à celui-ci au fil du temps par un ou plusieurs prestataires de soins de santé donnés. Le dossier médical constitue le répertoire central qui permet de planifier les soins du patient et de conserver des traces de la communication entre les patients, les prestataires de soins de santé et les professionnels participants à la prise en charge du

	<p>patient, d'où la nécessité d'y consigner des informations détaillées et sans ambiguïté. Pour que ces informations soient utiles et favorisent la continuité des soins du patient, le dossier du patient doit être disponible pendant les soins hospitaliers, lors des visites de consultations externes et à d'autres moments selon les besoins, et doit être tenu à jour. Les notes des médecins, des infirmiers et les autres notes relatives à la prise en charge d'un patient doivent être mises à la disposition de tous les professionnels de la santé qui en ont besoin pour les fournir des soins au patient en question. Les informations enregistrées comprennent, sans toutefois s'y limiter :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informations personnelles permettant d'identifier le patient (y compris le nom et la date de naissance ou tout autre identifiant secondaire des patients) • Antécédents médicaux • Évaluation et réévaluation, protocoles de soins • Soins médicaux à tous les niveaux (les documents, y compris les diagnostics, les investigations, les traitements et les protocoles de soins, doivent être transmis en cas de transfert du patient ou de la victime dans un autre établissement) • Instructions de sortie ou de suivi • Demandes d'évacuation, le cas échéant • Soutien logistique fourni
Documentation médicale	<p>Dans le cadre d'une opération, une documentation médicale complète et standardisée est essentielle aux fins ci-après :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Procédures et traitement médicaux • Consentement du patient

	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation et réévaluation du patient, état clinique et surveillance • Statistiques et fonctions du système de surveillance médicale • Faciliter le traitement des questions administratives telles que les demandes de remboursement de frais médicaux, les indemnisations et l'établissement du degré d'invalidité.
<p>Documentation de l'examen médical préalable au déploiement</p>	<p>Tout le personnel participant à une opération des Nations Unies doit présenter un dossier d'examen médical d'avant déploiement aux autorités médicales de la zone de mission afin de faciliter leur éventuelle prise en charge médicale. Les informations transmises doivent également inclure un résumé des antécédents médicaux pertinents et/ou des problèmes de santé préexistants, le traitement médical en cours et les médicaments prescrits (le cas échéant), les allergies médicamenteuses connues, le groupe sanguin et un certificat international de vaccination à jour.</p> <p>Ces dossiers doivent être archivés en toute sécurité par l'unité médicale ou l'autorité compétente responsable des soins de santé quotidiens de la personne concernée. Les dossiers médicaux personnels doivent être traités dans le respect du secret médical et doivent être communiqués uniquement aux personnes intervenant directement dans la prise en charge du patient.</p>
<p>Documentation relative au déploiement et au rapatriement</p>	<p>En cas de maladie ou de blessure, le diagnostic et le traitement fournis doivent être consignés avec précision dans le dossier, y compris les congés de maladie accordés le cas échéant.</p> <p>Dans la mesure où les soins prodigués au patient ou à la victime peuvent être perturbés du fait de l'intervention de différents médecins à divers niveaux de soutien sanitaire, il convient</p>

	<p>d'élaborer un plan de traitement clair à chaque niveau d'installation médicale.</p> <p>Les progrès du patient doivent également être enregistrés périodiquement dans les notes relatives à l'évolution de l'état du patient. Les dossiers médicaux doivent accompagner le patient ou la victime lors de son évacuation vers le niveau suivant de soutien sanitaire, y compris lors du rapatriement vers son pays d'origine.</p> <p>Ils doivent être correctement scellés et porter la mention « dossier médical confidentiel – à ouvrir par le destinataire uniquement ». Des copies doivent être conservées par l'établissement médical conformément aux préconisations applicables concernant la conservation des dossiers médicaux.</p>
<p>Après le déploiement ou lors d'un redéploiement</p>	<p>À la fin du tour de service d'un soldat de la paix ou à l'issue d'une mission, les dossiers médicaux doivent être remis aux intéressés ou à l'unité concernée dans une enveloppe scellée, pour transmission à l'autorité sanitaire nationale compétente ou au médecin traitant.</p> <p>En cas de rapatriement d'une unité médicale, tous les dossiers médicaux doivent être remis à l'unité qui la remplace. Si l'unité rapatriée n'est pas remplacée, ils doivent être remis au bureau du Chef du service médical.</p> <p>Aucun dossier médical ou de traitement ne doit être laissé sans surveillance dans la zone de la mission. Si les dossiers ne sont plus nécessaires, ils doivent être rapatriés avec l'unité concernée.</p> <p>Les dossiers médicaux doivent être conservés par l'établissement médical conformément aux préconisations des Nations Unies concernant la conservation des dossiers médicaux.</p>

13.3. Rôle de la DHMOSH

L'organisation et l'analyse efficaces des informations médicales sont des tâches interdisciplinaires. Au niveau de la mission, le Chef du service médical est chargé de mettre en œuvre un système de dossiers médicaux conforme aux normes des Nations Unies en matière de qualité des soins de santé et de sécurité des patients. La DHMOSH offre un soutien multiforme sur le terrain et supervise les processus.

La Section de la gouvernance clinique peut aider à établir des processus conformes aux normes des Nations Unies en matière de qualité des soins de santé et de sécurité des patients et à réaliser des audits de contrôle qualité.

Le cas échéant, la Section de la gestion du personnel de santé peut fournir des conseils pour la mise à jour du plan de soutien sanitaire de la mission et apporter un soutien à l'équipe chargée de la visite d'inspection préalable au déploiement dans l'évaluation des procédures et de la documentation de l'examen médical, de la prophylaxie et du régime de vaccination applicables aux contingents et aux unités avant leur déploiement sur le terrain.

La Section de la sécurité et de la santé au travail peut offrir des conseils et des outils pour la gestion des dossiers de sécurité et de santé au travail.

La Section de la santé publique peut apporter une aide pour enquêter sur les épidémies de santé publique, pour gérer les foyers épidémiques, pour collecter des données électroniques et pour mettre en œuvre des systèmes permettant la déclaration et la gestion des cas, le traçage ou la surveillance des maladies et l'analyse des données. Grâce aux systèmes de rapports électroniques, la Section de la santé publique peut mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies non infectieuses et renforcer les capacités de réponse aux menaces de maladies infectieuses et autres urgences ou crises de santé publique.

13.4 Exigences en matière de communication de l'information

Dans toutes les missions, il incombe au Chef du service médical de veiller à l'exactitude et à l'exhaustivité des documents médicaux et de garantir que des informations médicales complètes et précises sont communiquées dans les délais prévus. Le Bureau du Chef du service médical ou du Chef du service médical de la force doit veiller à ce que les rapports provenant des installations médicales des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police dans toutes les opérations des Nations Unies soient transmis à la DHMOSH dans leur intégralité et dans les délais prévus. Le bureau du Chef du service médical ou du Chef du service médical de la force supervise la collecte et la compilation des données requises auprès des unités médicales afin de les soumettre à la DHMOSH. Toutes les unités médicales, y compris celles des contingents nationaux, doivent se conformer aux instructions du Chef du service médical ou du Chef du service médical de la force concernant les procédures de communication de l'information. Les informations sur les blessures et les maladies graves nécessitant une évacuation médicale ou une hospitalisation doivent être communiquées à la DHMOSH aussi rapidement que possible. Les établissements médicaux doivent communiquer les données suivantes au Chef du service médical de la mission ou à la DHMOSH :

Exigibilité	Informations à transmettre	Procédure
Quotidiennement	Enquête sur l'expérience des patients	Voir le chapitre 11
Premier mois de rotation	Parcours cliniques	Voir le chapitre 11
Cinquième et dixième mois de rotation	Outil/rapport d'évaluation des hôpitaux	Voir le chapitre 11
Une fois par rotation	Enquête sur la culture de sécurité	Voir le chapitre 11
Sur demande	Audit clinique	Voir le chapitre 11
Comme prévu	Évaluation de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients	Voir le chapitre 11
En cas de besoin	Formulaire de compte rendu médical 1 (NOTICAS) ³⁸	Voir l'annexe 3.14

³⁸ Annexe 3.15 « Instruction permanente – Avis de perte (NOTICAS) dans les opérations de maintien de la paix et les missions politiques spéciales ».

Tous les trois mois ou suite à toute rotation ou changement de composition des unités médicales.	Formulaire de compte rendu médical 2 (rapport sur les installations médicales) ³⁹	Voir l'annexe 3.14
Mensuel (avant le cinquième jour du mois précédent)	Formulaire de compte rendu médical 3A (compte rendu sur les prises en charge par personne) ⁴⁰ (soumission en ligne via l'outil de communication d'informations médicales des Nations Unies)	Voir l'annexe 3.14
Deux fois par mois (données à collecter et à transmettre pour la période allant du 1er au 15 du mois et du 16 à la fin du mois)	Formulaire de compte rendu médical 3B (rapport de traitement médical par diagnostic) ⁴¹ (soumission en ligne via l'outil de communication d'informations médicales)	Voir l'annexe 3.14
En cas de besoin	Épidémie(s) de maladie infectieuse émergente(s) (soumission via l'outil de signalement en ligne des épidémies)	Voir l'annexe 3.14
Fin du tour de service	Rapport de fin de service	Voir l'annexe 3.14
Tous les jours	Cartographie médicale	Voir l'annexe 3.14

³⁹ Annexe 3.16 « Formulaire de compte rendu médical 2 (rapport sur les installations médicales) ».

⁴⁰ Annexe 3.17 « Formulaire de compte rendu médical 3A (rapport sur les prises en charge) ».

⁴¹ Annexe 3.18 « Formulaire de compte rendu médical 3B pour les nouveaux cas et les diagnostics ».

13.5. Outils de transmission de l'information

13.5.1. Outil de communication d'informations médicales

L'outil de communication d'informations médicales est une application sécurisée et facile à utiliser en ligne qui offre une navigation aisée et permet de créer facilement du contenu. Il a été conçu pour rationaliser la collecte de statistiques sur un grand nombre de patients et de maladies. L'application permet aux chefs des services médicaux de saisir leurs données directement dans les modèles électroniques des formulaires MSA-3A, MSA-3B et BUR. Elle facilite la collecte et l'analyse des données à des fins de planification et se connecte aux tableaux de bord d'informatique décisionnelle. Les données saisies dans l'application sont stockées en toute sécurité et archivées. L'application assure la gestion des données relatives aux membres des contingents, au personnel civil et local de l'Organisation des Nations Unies, au personnel des agences, fonds et programmes et à d'autres organismes, ainsi qu'aux populations locales qui ont accès aux installations médicales du Département des opérations de paix.

13.5.2. Outil de signalement électronique des épidémies électroniques (e-ORT)

Il s'agit d'un système de signalement permettant au personnel de santé des Nations Unies sur le terrain de signaler en temps réel les suspicions d'épidémies de maladies infectieuses. Le signalement en temps réel renforce la capacité collective de suivre, de gérer et, in fine, de prévenir les épidémies de maladies infectieuses sur le terrain. Des signalements précis et rapides via l'e-ORT permettent à la DHMOSH de réagir rapidement et d'ajuster les interventions pour répondre aux besoins des sites sur le terrain. Toutes les missions de maintien de la paix et tous les lieux d'affectation dotés d'installations médicales des Nations Unies doivent savoir utiliser l'e-ORT afin de pouvoir y accéder pour réagir rapidement en cas d'épidémie émergente. Toutes les épidémies qui affectent le personnel des Nations Unies et quelle que soit leur ampleur doivent être signalées à la DHMOSH sur ce portail par le Chef du service médical, le Chef du service médical de la force ou les médecins des cliniques des Nations Unies, ou par une autre personne qu'ils auront désignée pour le faire.

13.5.3. Dossiers médicaux électroniques et système de gestion électronique de la santé au travail (EarthMed)

En accord avec la conception actuelle de la gestion des données pour les services médicaux des Nations Unies, il est envisagé d'étendre le système électronique de documentation sur la sécurité et la santé au travail EarthMed pour couvrir à la fois les données relatives à la santé et à la sécurité ainsi que toutes les entités supervisées par le Secrétariat des Nations Unies, y compris toutes les entités sur le terrain et potentiellement toutes les installations des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police. Cela permettra de faire le lien entre les données relatives à des incidents de sécurité qui conduisent à des maladies et des blessures et les données de santé associées. Les responsables à tous les niveaux seront ainsi en mesure de comprendre à la fois quelles sont les maladies dues aux dangers et aux pratiques sur le lieu de travail et leurs impacts en termes de congés de maladie, d'évacuation sanitaire, de rapatriement et d'indemnisation. Cette utilisation d'EarthMed permettra également de consolider, de normaliser et de rationaliser les données cliniques dans les opérations de maintien de la paix. Tous les dossiers médicaux générés dans les cliniques des Nations Unies doivent être téléchargés dans EarthMed, et tous les documents liés à la sécurité, y compris les rapports d'incident et les mesures d'atténuation, sont en cours de migration vers le système.

13.5.4. Communication des rapports sur la sécurité et la santé au travail

Ce paragraphe ne s'applique actuellement qu'aux installations médicales appartenant aux Nations Unies et aux installations appartenant à des pays fournisseurs de contingents ayant accès à EarthMed.

Le personnel clinique qui saisit des diagnostics relatifs à des maladies et des blessures considérées comme susceptibles d'être liées au service doit remplir un rapport d'incident, généré automatiquement par EarthMed dans de tels cas.

Le personnel de sécurité qui enregistre des incidents de sécurité au travail, des blessures, des maladies, des expositions, des quasi-accidents ou des événements dangereux doit remplir un rapport d'incident dans EarthMed et, le cas échéant, le transmettre au personnel clinique via l'application pour garantir que les données sur

les résultats cliniques correspondants sont associées au rapport d'incident. Tout le personnel des missions disposant d'un dossier dans EarthMed (établi via un progiciel de gestion intégrée) peut soumettre des rapports d'incident sur le portail EarthMed, medical.un.org.

13.6. Messages clés

- Toutes les installations médicales doivent conserver les dossiers médicaux de tous leurs patients conformément au chapitre des Normes de qualité des soins de santé et de sécurité des patients des Nations Unies sur la gestion de l'information.
- Toutes les installations médicales doivent soumettre en temps voulu des rapports médicaux de routine au Chef du service médical et au Chef du service médical de la force.
- Toutes les unités médicales, y compris celles des contingents nationaux, doivent se conformer aux instructions du Chef du service médical ou du Chef du service médical de la force concernant les procédures de communication de l'information.
- Dans toutes les missions, il incombe au Chef du service médical de veiller à l'exactitude et à l'exhaustivité des documents médicaux et de garantir que des informations médicales complètes et précises sont communiquées dans les délais prévus.

Chapitre 14 : Santé mentale

14.1 Introduction

La santé mentale et le bien-être sont essentiels au maintien de l'état de préparation opérationnelle du personnel en tenue. Il est important que les dirigeants de la mission insistent sur ce point. Les principes de prévention, de promotion, de protection et de soutien de la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé forment la base de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue et de ce module.

14.2. Fonctions et responsabilités des parties prenantes dans le soutien de la santé mentale du personnel en tenue

Les soins de santé mentale sont dispensés selon une approche à plusieurs volets, impliquant différents intervenants au sein de la mission. Un aperçu de leurs fonctions est inclus ici. Leurs fonctions tout au long du cycle de déploiement sont décrites en détail dans l'annexe I de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue.

14.2.1. Expert en santé mentale en tenue

Des experts en santé mentale (psychiatre/infirmière en psychiatrie/psychologue généraliste/clinique) seront disponibles dans deux hôpitaux de niveau 2 par mission. Par ailleurs, un psychiatre sera affecté à chaque hôpital de niveau 3. Ces experts font partie intégrante des équipes de santé mentale dans les missions.

14.2.2. Conseillers du personnel de l'Organisation des Nations Unies

Des conseillers du personnel chargés de la gestion du stress sont disponibles dans la plupart des missions afin de promouvoir le bien-être psychosocial du personnel et de l'Organisation. Ces conseillers répondent aux besoins quotidiens en matière de conseil et soutiennent les services médicaux dans les cas ayant trait à la santé mentale du personnel civil des Nations Unies.

14.2.3. Psychologue clinicien/psychiatre ou infirmier en psychiatrie

Certains pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police font appel à leurs propres psychologues cliniciens/psychiatres/infirmiers en psychiatrie et fournissent un soutien psychosocial et en santé mentale à leurs contingents sur le terrain. Le personnel de santé mentale des pays fournisseurs de contingents peut travailler en collaboration avec le personnel de santé mentale en tenue de la mission.

14.2.4. Médecin en chef

Le médecin en chef d'un contingent national est le médecin le plus haut gradé du contingent et rend compte directement au commandant du contingent national. Il est également l'interlocuteur du Chef du service médical de la force pour les questions de santé au sein de son contingent. Le médecin en chef rend compte au Chef du service médical de la force pour les questions professionnelles concernant la santé des contingents et les services médicaux fournis par le contingent concerné. Entre autres tâches, le médecin en chef d'un contingent national est chargé de :

- La santé mentale et le bien-être des membres de son contingent national et de tout le personnel des Nations Unies bénéficiant du soutien des unités médicales du contingent.
- Superviser la mise en œuvre des mesures de santé mentale telles que détaillées à l'annexe I de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue dans la zone d'opérations du contingent.
- Superviser la formation en santé mentale et l'éducation sanitaire des soldats de la paix et du personnel médical des contingents.
- Compiler des statistiques sur la santé mentale et préparer les rapports requis par le Chef du service médical de la force et destinés à être soumis au siège de l'ONU.
- Mettre en œuvre des activités de prévention ou de promotion ou de soutien en matière de santé mentale au sein du contingent tout au long du cycle de déploiement. Le médecin en chef identifiera les personnes ayant besoin de soins de santé mentale et les aidera à y accéder.

- Présenter le concept de la Stratégie de santé mentale aux agents en tenue et les familiariser avec la plateforme numérique de santé mentale (site Web et application mobile) ; aider les agents en tenue à installer l'application de santé mentale sur leur téléphone portable et à maîtriser son utilisation.

14.2.5 Chef du service médical de la force

Les fonctions et responsabilités des chefs des services médicaux de la force concernant la santé mentale des agents en tenue sont décrites à l'annexe I de la Stratégie de santé mentale. La Chef du service médical de la force est chargé de :

- Coordonner la mise en œuvre de la stratégie de santé mentale pour les agents en tenue.
- Assister le chef du service médical pour l'évacuation sanitaire des patients psychiatriques.
- Coordonner l'amélioration des connaissances/la formation sur les questions de santé mentale à l'intention du personnel en tenue, des responsables et des médecins.
- Collecter et compiler des statistiques sur la santé mentale et les communiquer à la DHMOSH/Département de l'appui opérationnel au Siège de l'ONU.
- S'assurer que tous les agents en tenue ont téléchargé l'application de santé mentale sur leur téléphone portable et qu'ils ont mis à jour leur position et leur statut d'agent en tenue au moyen des étiquettes de communication en champ proche (NFC). Les étiquettes NFC seront fournies aux missions par le Siège de l'ONU. Ces étiquettes identifient les individus comme étant des agents des Nations Unies en tenue.
- Expliquer aux agents en tenue que l'utilisation de l'application de santé mentale les aidera à renforcer leur résilience et que leurs données ou identités resteront confidentielles.
- Présenter le concept de la stratégie en matière de santé mentale aux agents en tenue et les familiariser avec la plateforme numérique de santé

mentale (site Web et application mobile) ; aider les agents en tenue_à installer l'application de santé mentale sur leur téléphone portable et à maîtriser son utilisation.

14.2.6 Chef du service médical

L'Annexe I de la Stratégie de santé mentale décrit les fonctions et responsabilités du Chef du service médical concernant la santé mentale des agents en tenue. Il incombe au Chef du service médical de :

- Coordonner le travail de l'équipe de santé mentale de la mission.
- Décider du maintien en poste ou du rapatriement des agents en tenue souffrant de problèmes de santé mentale.
- Coordonner l'évacuation médicale des agents en tenue nécessitant des soins spécialisés en santé mentale.
- Aider tous les agents en tenue à télécharger l'application de santé mentale et à mettre à jour leur position et leur statut d'agent en tenue grâce à des étiquettes de communication en champ proche (NFC).

14.2.7. Guide spirituel du contingent

En cas de stress, le personnel en tenue a tendance à se tourner vers des guides spirituels. Ces personnes jouent un rôle clé dans la lutte contre la stigmatisation entourant la santé mentale. Grâce à une formation, ils peuvent apprendre à identifier les signaux d'alarme et aider le personnel en tenue à accéder à des soins de santé mentale professionnels. Leur fonction est décrite en détail à l'annexe I de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue, et leur formation est détaillée à l'annexe III de la même stratégie.

14.3 Prestation de soins de santé mentale

Les soins de santé mentale doivent être intégrés aux services médicaux généraux. Les professionnels de santé de la mission et des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police à tous les niveaux jouent un rôle clé dans la fourniture d'un soutien en matière de santé mentale.

Tableau 1
Composition d'une équipe de santé mentale de la mission et d'une équipe de santé mentale du pays contributeur

Équipe de santé mentale de la mission	Équipe de santé mentale du pays contributeur
Médecin en chef	Médecin en chef
Chef du service médical	Enseignant religieux
Chef du service médical de la force	Psychologue
Expert(s) en santé mentale de la mission*	général/clinicien**/Conseiller
Commandant de secteur	Commandant de compagnie
	Commandant d'unité

* *Psychiatre, infirmier en psychiatrie, psychologue généraliste/clinique à l'hôpital dans les hôpitaux de niveau 2/3 et conseillers du personnel/conseillers en gestion du stress.*

***Psychologue général/clinicien, si disponible*

Le travail des professionnels de la santé est indispensable pour maintenir l'état de préparation et l'efficacité de l'ensemble des agents en tenue (voir l'annexe 3.19).

14.4. Plateforme numérique de santé mentale

La stratégie de santé mentale est accessible via une plateforme numérique composée d'un site Web et d'une application mobile. L'application mobile est disponible hors ligne une fois téléchargée.

Elle fournit aux agents en tenue des ressources en santé mentale et des outils de dépistage pour les aider à évaluer leur état de santé mentale. L'utilisation régulière des ressources de l'application mobile devrait aider les agents en tenue à conserver un mode de vie sain sur le plan psychologique et à améliorer leur résilience en matière de santé mentale.

Il est recommandé de télécharger l'application mobile avant le déploiement. L'inscription nécessite une adresse e-mail ou un numéro de téléphone portable. L'application mobile est disponible dans l'App Store (Apple) et le Google Play Store (Android).

Les données qualitatives et d'identification contenues dans l'application mobile de santé mentale sont chiffrées de bout en bout et inaccessibles à toute personne autre que l'utilisateur.

14.5. Formation dispensée par le personnel médical déployé dans divers contingents

Le personnel médical des opérations de maintien de la paix est chargé de fournir des services médicaux compétents au personnel de maintien de la paix et d'assurer la formation continue d'autres membres du personnel non médical du contingent afin que ceux-ci soient en mesure d'administrer la formation dans les domaines suivants : premiers secours psychologiques, sensibilisation à la santé mentale, prévention du suicide, résilience psychologique et compétences de relaxation et d'adaptation.

Les modules de formation relatifs aux compétences mentionnées ci-dessus sont énumérés à l'annexe III de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue.

14.6. Formation par un expert en santé mentale

Des experts en santé mentale dispenseront des formations sur les premiers secours en cas de stress, les premiers secours psychologiques, la gestion des problèmes Plus et la sensibilisation à la santé mentale/résilience psychologique.

14.7. Gestion des problèmes de santé mentale au cours de la mission

Le médecin en chef du contingent est le point focal pour la gestion de tout problème de santé mentale apparaissant au sein du contingent lors de son déploiement dans la zone de mission. Il devra évaluer la personne et gérer la situation ou demander conseil à un expert en santé mentale de la mission ou disponible localement. Si la situation l'exige, il peut demander une évacuation sanitaire secondaire vers une installation médicale de niveau supérieur où l'expertise pertinente est disponible, en consultation avec le Chef du service médical de la force et le Chef du service médical. En cas d'événement traumatique, l'assistance de l'expert en santé mentale au sein de la mission sera sollicitée en coordination avec le Chef du service médical de la force et le Chef du service médical.

14.7.1. Maladies psychiatriques empêchant la participation aux opérations de maintien de la paix.

Lorsqu'elles sont détectées avant le déploiement dans une mission des Nations Unies, les maladies psychiatriques répertoriées dans l'annexe 3.20 du présent manuel doivent exclure toute participation aux opérations de maintien de la paix. Les conditions doivent toutefois être soigneusement évaluées au cas par cas, en tenant compte de la gravité de la maladie et de la zone de déploiement proposée.

14.8. Messages clés

- « La santé mentale correspond à un état de bien-être mental qui nous permet d'affronter les sources de stress de la vie, de réaliser notre potentiel, de bien apprendre et de bien travailler, et de contribuer à la vie de la communauté.»⁴²
- Les spécialistes tels que les psychiatres et les psychologues apportent une expertise supplémentaire qui renforce les capacités des équipes d'intervention en santé mentale.
- Des efforts de sensibilisation à la santé mentale doivent être déployés par les agents en tenue à tous les niveaux et tout au long du cycle de déploiement. Des liens vers des ressources sont fournis à l'annexe III de la Stratégie de santé mentale pour les agents en tenue.

⁴² [Organisation mondiale de la santé, « Santé mentale », fiche d'information, 17 juin 2022.](#)

Chapitre 15 : Télémédecine

15.1. Introduction

La télémédecine est une composante innovante du soutien sanitaire des missions des Nations Unies. Le principal objectif de la télémédecine est de fournir des services de soins de santé rapides et efficaces dans des endroits éloignés/isolés en utilisant des technologies de l'information et de la communication (TIC) sécurisées tout en palliant complètement ou partiellement le manque de ressources (par exemple, disponibilité des experts, coût et temps) et en surmontant les barrières géographiques (telles que les différents motifs de retards dans les évacuations sanitaires).

15.2. Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Télémédecine	La prestation de services de soins de santé, lorsque la distance est un facteur critique, par des professionnels de la santé utilisant les TIC pour l'échange d'informations valides sur le diagnostic, le traitement et la prévention des maladies et des blessures, dans l'intérêt de l'amélioration de la santé des individus et de leurs communautés.
Téléconsultation	Fourniture de services cliniques à des patients à distance en utilisant des technologies de télémédecine dédiées. Il peut également s'agir d'une interaction entre des prestataires de soins de santé concernant un cas.
Télé-expertise	Avis ou conseils donnés à distance par un spécialiste à un prestataire de soins de santé se trouvant au côté d'un patient par l'intermédiaire de la téléconsultation. La télé-expertise se décline en spécialités cliniques : télé-dermatologie, télé-ophtalmologie, etc.
<i>Store and forward</i>	Échange d'informations cliniques (antécédents médicaux, images médicales, rapports, etc.) entre professionnels de la

	santé via un portail sécurisé ou une plateforme de dossiers médicaux électroniques en vue d'obtenir des conseils spécialisés. Il ne s'agit pas d'une conversation interactive audio ou vidéo. On utilise également le terme de télémédecine asynchrone.
Télémédecine en temps réel	Échange simultané d'informations cliniques entre deux ou plusieurs parties (généralement des prestataires de soins de santé, mais éventuellement aussi le patient) à l'aide d'une technologie audio/vidéo sécurisée pour une aide diagnostique et thérapeutique dans le traitement de patients qui, autrement, n'auraient pas accès en temps opportun à des soins spécialisés. Le terme de télémédecine synchrone est également utilisé.
Référent	Le prestataire de soins de santé, généralement aux côtés du patient, qui demande l'avis d'un spécialiste à distance grâce à la télémédecine.

15.3. Modèle de mise en œuvre

Toutes les installations médicales civiles et militaires des Nations Unies sont équipées de solutions de télémédecine approuvées par les Nations Unies (plateformes de dossiers médicaux électroniques, logiciels et appareils matériels) offrant des services de télémédecine synchrone et asynchrone.

- Les cliniques de niveau 1 sont les **sites de référence pour la télémédecine**. Le personnel de ces cliniques discute des cas pertinents avec des spécialistes des hôpitaux de niveau supérieur désignés au sein du secteur ou de la mission en utilisant des solutions de télémédecine approuvées par les Nations Unies. Selon le site et le niveau de risque, les cliniques de niveau 1 (ou les bases opérationnelles temporaires) sont également équipées de kits de télémédecine déployables rapidement avec des solutions de connectivité par satellite **permettant une utilisation dynamique, par exemple sur le lieu de la blessure pour prodiguer des soins préhospitaliers**.

- Les hôpitaux de niveau 1+ ou supérieur dans la zone de mission sont des **sites spécialisés pour la télémédecine**. Les spécialistes de ces hôpitaux fourniront une télé-expertise pour assister les cliniques de niveau 1 dans la gestion des cas et les aider à prendre des décisions fondées sur des données probantes en matière d'orientation.
- Les hôpitaux de niveau 4 (dans les États Membres) sont des sites spécialisés fournissant **des services de télémédecine transfrontaliers** à certaines installations médicales de niveau 1+ ou supérieur dans les missions. Ces centres de référence de télémédecine sont identifiés et autorisés par la DHMOSH dans le cadre d'un protocole d'accord.

15.4. Fonctions et responsabilités

La gouvernance centralisée des services de télémédecine des Nations Unies est assurée par la Section de la gouvernance clinique de la DHMOSH, tandis que le Bureau de l'informatique et des communications soutient la prestation de services. Les fonctions et responsabilités de tout le personnel civil et militaire des services de télémédecine sont réglementées par le document définissant le cadre stratégique de la télémédecine.

Profils	Fonctions
Chef du service médical	Assure la responsabilité globale de la mise en œuvre des services de télémédecine à tous les niveaux de soins des missions. Le Chef du service médical coordonne la gestion des utilisateurs et veille à ce que tous les utilisateurs aient accès aux solutions de télémédecine approuvées par les Nations Unies, y compris l'infrastructure TIC requise.
Chef du service médical de la force	Se coordonne avec le Chef du service médical pour assurer la mise en œuvre de services de télémédecine pour des cas d'usage spécifiques conformément aux procédures opérationnelles permanentes sur tous les sites médicaux militaires.

	Le Chef du service médical de la force désigne un point focal de télémédecine (généralement le médecin en chef) sur tous les sites médicaux militaires pour faciliter la gestion, l'inscription/la désinscription et la formation des utilisateurs pendant le déploiement.
Médecin en chef	<p>Garantit que tous les utilisateurs (cliniciens ou personnel médical désigné) ont accès aux ressources utilisateur, au matériel de formation et aux procédures opérationnelles permanentes relatives à l'utilisation de la télémédecine.</p> <p>Communique les données relatives à l'utilisation de la télémédecine et participe à l'évaluation des services.</p> <p>Gère le transfert, la mise à jour rapide des profils d'utilisateurs pendant les rotations et la transmission aux bureaux du Chef du service médical de la force et du Chef du service médical.</p>
Personnel médical	Doit satisfaire aux exigences d'apprentissage en ligne et de formation en télémédecine et utiliser les services de télémédecine conformément aux procédures opérationnelles standard.
Travailleurs médicaux de première ligne	Doivent satisfaire aux exigences d'apprentissage en ligne et de formation en télémédecine et utiliser les services de télémédecine pour les cas d'usage pertinents.

15.5. Messages clés

- La télémédecine fournit des services de soins de santé rapides et efficaces dans des endroits éloignés/isolés tout en palliant complètement ou partiellement les limitations de ressources et en surmontant les barrières géographiques.
- L'apprentissage en ligne et la formation en télémédecine sont obligatoires pour tout le personnel médical sur le terrain.

MODULE 4: SÉCURITÉ ET SANTÉ AU TRAVAIL

Chapitre 16 : Normes médicales pour l'emploi

16.1. Introduction

Les normes médicales des Nations Unies relatives à l'emploi visent à garantir que tout le personnel (militaire et civil) est apte à exercer ses fonctions sans risque pour sa sécurité et sa santé ou celles d'autrui. Comme toutes les procédures de vérification de l'aptitude médicale, la vérification des conditions d'aptitude à l'emploi prend en considération la santé physique et mentale de la personne concernée, les fonctions qu'elle sera amenée à exercer, ainsi que les risques pour la santé et le soutien sanitaire disponible dans le lieu d'affectation proposé.

Les dispositions officielles sont décrites dans l'instruction administrative relative à la vérification de l'aptitude médicale (ST/AI/2018/4).

16.2. Aperçu des vérifications de l'aptitude

16.2.1. Vérification de l'aptitude médicale à l'emploi

La vérification de l'aptitude avant l'emploi s'applique principalement aux nouveaux membres du personnel des Nations Unies ou aux candidats à l'embauche. Elle s'applique également lorsqu'un membre du personnel change de poste ou que la nature de ses tâches change (c'est-à-dire en cas de modification de sa description de poste) ou lorsqu'il est transféré vers un autre lieu d'affectation (compte tenu des modifications correspondantes du profil de santé du lieu). La décision d'accorder le certificat d'aptitude médicale à l'emploi incombe au service médical de la mission/du lieu d'affectation envisagé, en vertu du principe selon lequel le service médical d'accueil est responsable des soins de santé du personnel rejoignant son lieu d'affectation. À ce titre, le service médical se réserve le droit de ne pas autoriser certains candidats à rejoindre leur lieu d'affectation si cela présente un risque trop élevé.

Il existe deux procédures (chacune avec un formulaire propre) pour la vérification de l'aptitude médicale préalable à l'emploi :

1. Le formulaire MS.2, qui nécessite de produire les antécédents médicaux, et de réaliser un examen médical, des analyses hématologiques de base, une biochimie et des analyses d'urine, un électrocardiogramme et une radiographie du thorax en fonction du risque. Seuls le personnel de sécurité exerçant des fonctions de sécurité physique, les chauffeurs et les travailleurs manuels sont tenus de remplir un formulaire MS.2 dans le cadre de la vérification de leur aptitude médicale. Le formulaire MS.2 peut être rempli par des médecins des Nations Unies ou des médecins externes, mais l'autorisation elle-même ne peut être accordée que par un médecin de la mission disposant d'une autorité déléguée pour délivrer un certificat d'aptitude médicale à l'emploi.
2. Le formulaire MS.3 est un questionnaire d'évaluation médicale pour vérifier les antécédents médicaux et l'état de santé. Il permet d'identifier les candidats présentant un risque très faible. Les réponses positives apportées dans certaines rubriques du formulaire MS.3 nécessitent un suivi et une intervention ciblée pour identifier les risques pour la santé en lien avec le poste proposé. Le formulaire MS.3 est rempli par le candidat et examiné par le personnel clinique des Nations Unies afin de déterminer si des mesures de suivi sont requises. L'autorisation elle-même ne peut être accordée que par un clinicien de la mission habilité par délégation à vérifier l'aptitude médicale à l'emploi.

16.2.2. Examens médicaux préalables au déploiement pour les pays fournisseurs de contingents

Tous les membres des unités constituées des pays fournisseurs doivent remplir un formulaire d'examen médical d'engagement MS.2. La visite médicale est réalisée par le personnel médical de l'autorité nationale effectuant le déploiement. Le personnel en tenue hors unités constituées doit remplir individuellement un questionnaire d'évaluation médicale MS.3. L'autorisation pour le personnel en tenue ne peut être accordée que par un clinicien de la mission disposant d'une autorité déléguée pour certifier l'aptitude médicale à l'emploi.

16.2.3. Autorisations de voyage pour le personnel

Tout déplacement en dehors du lieu d'affectation organisé via Umoja, le progiciel de gestion intégré des Nations Unies, nécessite une autorisation de voyage. L'obtention d'une autorisation de voyage est obligatoire. Les fonctionnaires effectuant un voyage sans avoir préalablement obtenu un certificat d'aptitude médicale adéquat peuvent se voir exclus de l'indemnisation en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au titre de l'appendice D du Règlement du personnel de l'Organisation des Nations Unies. La procédure relative aux autorisations de voyage repose sur le formulaire MS.4 qui, comme le formulaire MS.3, est un outil de vérification des antécédents et de l'état de santé. Les réponses positives à certaines rubriques conduisent les cliniciens des Nations Unies à procéder à un examen plus approfondi afin de garantir que les membres du personnel sont aussi bien préparés que possible pour les voyages. L'autorisation de voyage peut nécessiter des vaccinations, une prophylaxie ou une séance d'information pour aborder les problèmes spécifiques à la destination. Le service médical de la mission/du lieu d'affectation d'où part le membre du personnel est chargé de préparer et de mener à bien la procédure d'autorisation de voyage.

Le personnel des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police est dispensé d'autorisation de voyage.

16.2.4. Examens médicaux périodiques

Il n'existe aucune preuve indiquant que la réalisation d'examens médicaux périodiques en tant que mesure de routine présente une quelconque utilité. Ils sont encouragés pour les personnes présentant un risque élevé si des ressources médicales sont disponibles, mais elles ne sont généralement pas obligatoires, sauf si elles sont requises par un lieu d'affectation ou du fait d'une tâche présentant un risque spécifique. Dans de tels cas, les examens médicaux sont effectués par le service médical de la mission ou du lieu d'affectation.

Le personnel des pays fournisseurs de contingents n'est pas tenu de se soumettre à des examens médicaux périodiques.

16.2.5. Évaluations médicales de cessation de service

À la différence de certaines procédures militaires, les Nations Unies ne conduisent pas d'évaluations médicales de cessation de service, ni pour le personnel de l'Organisation ni pour celui des pays fournisseurs de contingents.

16.2.6. Retour au travail

Une évaluation de l'aptitude à reprendre le service est utile après une blessure ou une maladie grave, une période prolongée d'arrêt de travail ou une évacuation sanitaire secondaire. Bien qu'il s'agisse d'une procédure différente de la vérification de l'aptitude médicale à l'emploi, cette évaluation fait partie intégrante du processus global de soins de santé et détermine si un plan de « retour au travail » est nécessaire, quelle forme il doit prendre et si des restrictions médicales ou des aménagements du lieu de travail doivent être mis en œuvre. Après une période d'incapacité de travail prolongée, il est rare que le personnel retrouve immédiatement une pleine aptitude à travailler.

Le programme de retour au travail ainsi que les éventuelles restrictions ou aménagements du lieu de travail requis relèvent de la responsabilité du service médical de la mission.

Les plans de retour au travail du personnel des pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police relèvent de la responsabilité de leur service médical de soutien, qui peut être celui du contingent ou celui des Nations Unies selon le lieu d'affectation.

16.2.7. Évaluation médicale sur demande

Un médecin de la mission habilité par délégation à effectuer des examens médicaux ou à superviser la santé au travail d'un membre du personnel peut à tout moment demander une évaluation médicale pour évaluer l'aptitude au travail. Le médecin peut imposer des restrictions pouvant aller jusqu'à l'inaptitude à tout travail. Les restrictions médicales doivent être respectées tant par le membre du personnel que par son superviseur.

Les membres du personnel peuvent également demander une évaluation de leur aptitude à exercer l'ensemble de leurs fonctions en formulant une demande de restrictions ou d'aménagements du lieu de travail pour raisons médicales. Les demandes de ce type interviennent généralement dans le contexte d'un congé de maladie, mais elles peuvent être déposées à tout moment.

Bien que cela soit moins courant, les superviseurs peuvent également demander une évaluation médicale à tout moment si des éléments probants leur laissent penser qu'un membre de personnel placé sous leur supervision souffre d'un problème médical qui affecte ou pourrait affecter sa santé et sa sécurité ou celles des autres.

Quelle que soit la manière dont l'évaluation médicale est initiée (par le service médical, le membre du personnel ou le superviseur), celle-ci ne constitue pas un certificat d'aptitude médicale à l'emploi à moins qu'une demande en ce sens ne soit également soumise et traitée dans Umoja.

L'évaluation médicale sur demande pour les agents des pays fournisseurs de contingents relève de la responsabilité de leur service médical d'appui, celui du contingent ou celui des Nations Unies selon le lieu d'affectation.

16.2.8. Exigences relatives aux évaluations médicales

Le Directeur médical des Nations Unies est chargé d'établir les modalités d'utilisation des différentes procédures (par exemple, MS.2 ou MS.3) et de déterminer les questions dans ces formulaires ou dans des formulaires équivalents, ainsi que les visites médicales, les tests ou autres examens nécessaires. Ces exigences sont susceptibles de changer pendant le cycle de vie du Manuel de soutien sanitaire, au fur et à mesure que de nouvelles procédures sont élaborées pour refléter l'évolution de l'expertise médicale concernant certains risques sanitaires et pour apporter des améliorations au traitement administratif.

16.2.9. Normes pour la délivrance du certificat d'aptitude médicale

Le Chef du service médical de la mission est chargé de déterminer, sur la base des réponses aux questions, des résultats de la visite médicale, d'un test ou d'un examen, si les normes des Nations Unies en matière d'aptitude à l'emploi sont satisfaites. Il est habilité par délégation à certifier l'aptitude médicale. L'évaluation du Chef du service médical doit être fondée sur une évaluation globale intégrant les résultats des examens ou des tests, le travail que le membre du personnel concerné doit effectuer, ainsi que les risques et les capacités propres au lieu d'affectation.

16.3. Rôle de la DHMOSH

Le rôle que la DHMOSH joue dans le cadre des procédures de vérification consiste notamment à :

- Mettre à la disposition du Siège une procédure d'examen pour les missions qui sollicitent un avis supplémentaire concernant une vérification. Les missions peuvent en faire la demande en utilisant la fonction « Examen par le Siège » dans EarthMed. Si la DHMOSH fournit des avis sur des questions générales d'ordre médical ou liées aux politiques et fait part de ses observations et de son point de vue, il revient en dernier ressort à la mission et au Chef du service médical de certifier l'aptitude médicale.
- Établir le cadre à utiliser par le personnel clinique de la mission pour entreprendre des évaluations normalisées.

16.4. Exigences en matière de communication de l'information

Les vérifications de l'aptitude médicale à l'emploi et au voyage ne peuvent être effectuées que dans EarthMed et sont basées sur les demandes de certificats d'aptitude à l'emploi et au voyage transférées par l'interface d'Umoja. Les vérifications manuelles ne peuvent pas être créées dans EarthMed pour le personnel du Secrétariat des Nations Unies ou des pays fournisseurs de contingents ou de forces de police. Elles ne seront donc pas enregistrées comme certificat d'aptitude médicale.

Les utilisateurs finaux et les entités du Siège peuvent consulter les certificats d'aptitude par l'intermédiaire du tableau PowerBITM « Clearances » d'EarthMed. Aucune information supplémentaire n'est requise.

Si le personnel mène une évaluation et qu'il souhaite la voir apparaître comme un certificat d'aptitude, il doit solliciter le personnel des ressources humaines pour créer une demande dans Umoja. Cela n'est pas possible pour le personnel des pays fournisseurs de contingents.

16.5. Messages clés

- Les évaluations médicales pour déterminer l'aptitude à l'emploi s'effectuent selon différentes procédures (MS.2, MS.3, MS.4, etc.), mais les certificats d'aptitude à l'emploi et les autorisations de voyages ne sont délivrés que sur la base de demandes déposées par l'intermédiaire des progiciels de gestion intégrée comme Umoja ou Hermes/Service des systèmes destinés aux missions.
- La DHMOSH peut fournir des conseils via la fonction « Examen par le Siège » dans EarthMed, mais la décision en matière de vérification incombe aux missions.

Chapitre 17 : Cadre relatif à la sécurité et à la santé au travail

17.1. Introduction

Les missions existent pour remplir leur mandat, mais elles sont également des lieux de travail pour les membres du personnel et du contingent, les consultants, les vacataires et les bénévoles. Les employeurs ont l'obligation universelle de créer des lieux de travail sûrs pour le personnel des Nations Unies. Les mesures de sécurité visent à identifier et à prévenir l'exposition aux dangers. Chaque mission doit avoir une compréhension claire de ses risques de sécurité en se fondant sur les données relatives aux incidents et aux accidents dont elle a été le théâtre, et disposer d'un programme de sécurité approprié pour faire face à ces risques.

Le cinquième principe de la Déclaration de l'Organisation internationale du Travail relative aux principes et droits fondamentaux au travail est le droit à un environnement de travail sûr et salubre⁴³. Parallèlement à ce principe, la treizième session du Comité mixte OIT/OMS de la médecine du travail sur les services de base de santé au travail⁴⁴ représente le cadre dans lequel les services de SST doivent être fournis au personnel de terrain. L'objectif ultime de l'initiative sur les services de base de santé au travail est de fournir des services de santé au travail à tous les membres du personnel en activité et aux agents en tenue dans le monde, quel que soit le type de déploiement, la taille du lieu de travail ou la situation géographique (c'est-à-dire selon le principe de prestation de services universels)⁴⁵.

Reconnaissant la nécessité de respecter ces obligations, le Secrétaire général, dans la circulaire ST/SGB/2018/5, a appelé à la mise en place d'un système de gestion de la sécurité et de la santé au travail. Ce chapitre présente les composantes

⁴³ Conférence internationale sur le travail - 110e session en juin 2022

⁴⁴ https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_110478.pdf

⁴⁵ Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant. Genève : OMS 2000

fondamentales de ce système de gestion de la SST, dont les missions doivent tenir compte lors de la mise en œuvre de leurs mandats.

17.2. Politique et normes

La politique relative à la sécurité et à la santé au travail s'applique généralement à tous les lieux d'affectation et entités couvertes, y compris le Siège, les bureaux régionaux, les équipes de pays des Nations Unies et les missions. Elle est donc élaborée au Siège et nécessite un vaste processus de consultation.

Les normes de sécurité et de santé au travail sont des exigences techniques qui précisent comment certains risques spécifiques, par exemple le travail en hauteur, la gestion des objets tranchants, l'ergonomie ou la manipulation de produits chimiques spécifiques, doivent être pris en compte sur le lieu de travail. Ces normes sont souvent également élaborées dans le cadre du programme national de sécurité au travail du lieu d'affectation ; chaque pays peut donc avoir des normes différentes. Lorsqu'il n'existe pas de norme des Nations Unies applicable à un danger ou à une activité professionnelle spécifique, les lieux d'affectation sont censés suivre les exigences locales en matière de gestion du danger ou d'encadrement de l'activité professionnelle en question. Les privilèges et immunités des lieux de travail des Nations Unies s'appliquent, mais cela ne doit être au détriment de la sécurité. Lorsqu'il existe à la fois une norme des Nations Unies et une norme nationale, les exigences de la norme la plus stricte doivent s'appliquer.

17.3. Rôle des organismes de sécurité affiliés

Le système de gestion de la sécurité et de la santé au travail des Nations Unies est encore en cours de développement et de nombreux aspects de la sécurité au travail sont actuellement gérés par d'autres groupes.

17.3.1. Département de la sûreté et de la sécurité

Le DSS se concentre principalement sur les questions de sécurité, mais tant que le système de gestion de la SST n'a pas une capacité suffisante, il couvre un certain nombre de questions de sûreté importantes, notamment la sécurité incendie et la sécurité routière. Le personnel du Département de la sûreté et de la sécurité peut également enquêter et examiner les incidents de sécurité lorsqu'aucune autre capacité n'existe.

17.3.2. Sécurité aérienne

Le personnel chargé de la sécurité aérienne couvre un sous-ensemble technique spécifique de la sécurité relative aux aéronefs et aux voyages aériens.

Les incidents de sécurité aérienne qui entraînent des blessures ou des maladies, ou des quasi-accidents, doivent systématiquement être signalés via le système de notification des incidents de sécurité et de santé au travail pour promouvoir une compréhension globale des risques liés à la sécurité et à la santé au travail dans les missions.

17.3.3. Personnel de la sécurité environnementale

Le personnel chargé de la sécurité environnementale fournit des conseils et un soutien au sein des missions pour mettre en œuvre une stratégie environnementale et, dans ce cadre, pour aider les missions à fonctionner avec un minimum de risques directs ou liés à l'écosystème pour les personnes. L'identification des dangers et la gestion des risques environnementaux incombent au personnel de sécurité, tandis que les aspects opérationnels plus larges qui débouchent sur des dangers environnementaux ou les atténuent sont plus susceptibles de relever de la responsabilité du personnel chargé de la sécurité environnementale. Les responsabilités spécifiques applicables à une situation particulière doivent être déterminées au niveau de la mission en fonction des capacités et de l'expertise disponibles.

Les incidents de sécurité aérienne qui entraînent des blessures ou des maladies, ou des quasi-accidents, doivent systématiquement être signalés via le système de notification des incidents de sécurité et de santé au travail pour promouvoir une compréhension globale des risques liés à la sécurité et à la santé au travail dans les missions.

17.3.4. Enquêteurs (personnel de la commission d'enquête)

Le personnel occupant certains postes spécifiques peut être appelé à enquêter sur des blessures particulièrement graves, des décès ou des événements majeurs. Les équipes constituées pour enquêter sur les incidents de sécurité doivent systématiquement inclure des spécialistes de la sécurité dotés de compétences professionnelles en matière de sécurité, et inclure du personnel de santé au travail dans le cas de facteurs médicaux pertinents (maladies infectieuses, traitements administrés ou accès aux soins). Les enquêteurs doivent s'assurer que, lorsque le personnel de sécurité ou le personnel médical n'est pas impliqué, les conclusions des commissions d'enquête ou des rapports des chefs de mission qui comportent un volet SST sont mises à la disposition du personnel chargé de la sécurité et de la santé au travail pour examen en vue d'une éventuelle inclusion dans le registre des risques liés à la sécurité et à la santé au travail.

17.4. Certificats d'aptitude à l'emploi et autorisations de voyage

L'aptitude au travail et l'aptitude au voyage sont des préoccupations fondamentales en matière de sécurité et de santé au travail. Chaque mission doit s'assurer que le personnel qui commence à travailler dans un lieu d'affectation, dont les tâches changent de nature ou qui change de lieu d'affectation dispose d'un certificat d'aptitude médicale à l'emploi en bonne et due forme.

De même, le personnel qui voyage dans le cadre d'une mission officielle doit disposer d'une autorisation si son nouveau lieu d'affectation présente des risques sanitaires locaux sensiblement différents ou si le voyage lui-même est susceptible d'avoir un impact sur sa santé. Des informations complémentaires sur les certificats d'aptitude à l'emploi et sur les autorisations de voyage sont fournies au chapitre 16.

17.5. Gestion des congés de maladie et du retour au travail

La santé au travail concerne aussi bien les situations dans lesquelles le travail affecte la santé que les situations dans lesquelles la santé affecte le travail. Les congés de maladie comportent donc un volet de santé au travail. C'est le cas notamment à l'issue d'un congé de maladie, lorsque le personnel reprend le travail. Tous les cliniciens qui approuvent un congé de maladie doivent déterminer si un plan de retour au travail

serait bénéfique pour le membre du personnel à la fin de son congé de maladie. Le plan de retour au travail doit être :

- enregistré dans le dossier médical.
- élaboré en collaboration avec le membre du personnel et mis à la disposition du superviseur de manière à garantir le secret médical.
- limité dans le temps et porter sur les tâches, la durée du travail et tout autre facteur pertinent.

Dans certains cas, des restrictions relatives à l'emploi sont recommandées pour maximiser la sécurité du membre du personnel ou du lieu de travail. Les restrictions liées à la sécurité et à la santé au travail doivent :

- être consignées dans le dossier médical et communiquées au membre du personnel et de son superviseur, généralement avec une date de réexamen.
- se limiter à décrire les tâches que le membre du personnel ne peut pas accomplir, par exemple : « ne peut pas soulever plus de 10 kg » ou « ne peut pas rester debout plus de quatre heures par journée de travail ». Elles ne doivent pas prescrire une manière particulière de travailler, par exemple « doit travailler à distance » ou « ne doit se voir confier que des tâches peu stressantes ». Ce type de recommandations a davantage sa place dans le cadre d'une demande d'aménagement du lieu de travail.
- être considérées comme des exigences médicales pour l'emploi. Ni le salarié ni l'employeur ne peuvent s'y soustraire. Si la restriction est incompatible avec la nature essentielle des tâches incombant au membre du personnel, celui-ci doit alors rester en congé de maladie ou être évalué en vue d'être d'obtenir un certificat d'aptitude à l'emploi.

17.6. Évaluation des risques liés au lieu de travail et ergonomie au travail

Un élément fondamental de la sécurité au travail est l'inspection régulière des lieux de travail et des activités professionnelles afin de déterminer si des dangers existent et doivent être évalués, notés et atténués. Les évaluations des risques sur le lieu de travail peuvent se fonder sur la présence de dangers connus (tels que les produits

chimiques, le soudage, le meulage, les machines, les chariots élévateurs, etc.) ou sur des indications provenant de rapports d'accidents et d'incidents faisant état d'accidents ou de quasi-accidents. Une évaluation des risques sur le lieu de travail peut être menée par des superviseurs, qui connaissent parfaitement leur lieu de travail, par des spécialistes de la sécurité ou, dans certains cas, par du personnel clinique. Quelle que soit la personne qui conduit l'évaluation des risques sur le lieu de travail, les exigences clés sont les mêmes. Ces évaluations doivent notamment déterminer :

- quel est le danger ;
- quelles personnes sont susceptibles d'être blessées et comment ;
- quel est le risque (compte tenu de la probabilité que le risque se produise et de la gravité du résultat) ;
- quelles mesures peuvent être mises en place pour faire face au risque.

Plus le risque est grand, plus il est important que la mission dispose de spécialistes de la sécurité qualifiés pour l'évaluer avec précision et pour élaborer un plan d'atténuation approprié. Il est courant que les plans d'atténuation intègrent des risques qui sont propres à la mission ou au contexte local ; les responsables de la sécurité sont les mieux placés pour élaborer des plans d'atténuation adéquats qui ne remplacent pas un risque par un autre.

Le personnel de la santé se voit souvent confier des évaluations des risques au travail portant spécifiquement sur l'ergonomie. Bien que l'ergonomie fasse généralement référence à l'agencement d'un poste de travail, au confort d'une chaise de bureau et au positionnement de l'écran de travail, elle englobe en fait toutes les interactions entre les travailleurs et les outils et équipements qu'ils utilisent. Les évaluations de l'ergonomie doivent être systématiquement enregistrées dans EarthMed.

17.7. Notification des incidents

Afin de se conformer aux exigences de la norme ST/SGB/2018/5, **tous les incidents ayant causé une maladie ou une blessure, ou susceptibles de causer une maladie ou une blessure, doivent être signalés.** Cela permet à l'Organisation

d'identifier et de prévenir de manière proactive l'exposition à des dangers sur le lieu de travail. Les incidents doivent être signalés dès que possible et peuvent l'être de plusieurs manières, comme indiqué ci-dessous.

- Les chefs des services médicaux doivent veiller à ce que le personnel clinique des Nations Unies qui signale une maladie ou une blessure en enregistrant un diagnostic dans EarthMed effectue également une évaluation préliminaire pour déterminer si la blessure ou la maladie est susceptible ou non d'être imputée au service. La création d'un diagnostic peut être liée à une consultation clinique, un congé de maladie, une évacuation sanitaire secondaire, un rapatriement ou une demande de reconnaissance d'invalidité. Si l'évaluation préliminaire conclut que la blessure ou la maladie est « liée au travail », un rapport d'incident sera déclenché.
- Le personnel des installations médicales appartenant aux pays fournisseurs de contingents qui n'a pas accès au système de SST d'EarthMed est fortement encouragé à signaler les incidents au responsable de la sécurité de la force, au responsable de la sécurité de la mission (Nations Unies), à une clinique des Nations Unies ou à un point focal pour la sécurité du contingent ou de la mission. Il s'assurera ensuite que l'incident est bien enregistré dans le système de notification des incidents de sécurité et de santé au travail.
- Les membres du personnel, y compris les superviseurs et les gestionnaires qui sont témoins ou informés d'incidents survenus sur leur lieu de travail ou parmi les membres de leur équipe, peuvent signaler les incidents directement dans le système de notification des incidents de sécurité et de santé au travail en soumettant un rapport d'incident via le portail EarthMed, medical.un.org, ou en scannant le code QR de la figure X.
- Les agents de sécurité ou les points focaux pour la sécurité peuvent soumettre des rapports d'incident sur la base d'évaluations des risques sur le lieu de travail, d'inspections de sécurité sur le lieu de travail ou d'informations obtenues de toute autre manière dans le cadre normal de leur travail, par exemple par courrier électronique ou par appel téléphonique. Les agents de sécurité

peuvent également créer des rapports d'incident basés sur d'autres enquêtes telles que les rapports des commissions d'enquête ou des chefs de mission.

- Le personnel chargé de l'indemnisation peut créer des rapports d'incident à la suite du dépôt de demandes d'indemnisation.
- Les notifications de perte (NOTICAS) déclenchent également automatiquement des rapports d'incident, et d'autres interfaces automatisées pourraient être développées pour déclencher des rapports d'incident (par exemple, en lien avec la sécurité, le transport ou d'autres systèmes).

Veillez noter que plusieurs rapports du même incident seront regroupés dans le cadre du processus d'examen mené par le responsable de la sécurité. Ces incidents sont associés, de manière sécurisée et confidentielle, aux dossiers médicaux afin de mieux comprendre le coût des conséquences (par exemple, journées de travail perdues, évacuations médicales, etc.).



Figure X : QR Code pour soumettre un rapport d'incident

17.8. Traitement des rapports d'incident

Tous les rapports d'incident sont examinés par un responsable de la sécurité ou un spécialiste de la santé et de la sécurité au travail qui a accès au module de sécurité d'EarthMed. L'incident sera examiné et fera l'objet d'une enquête (si nécessaire), classifié et évalué en termes de risque. Un plan d'atténuation adéquat sera élaboré et fera l'objet d'un suivi pour évaluer si le risque global a été réduit. Lorsque le risque est important et ne peut être réduit, il sera transmis au comité de la sécurité et de la santé au travail de la mission pour prendre de nouvelles mesures.

Si une mission ne dispose pas d'un responsable de la sécurité qualifié, les rapports seront examinés à titre provisoire par le Centre de services mondial des Nations Unies pour classer les risques et élaborer un plan de base d'atténuation des risques.

17.9. Responsabilités du personnel de la mission en matière de gestion de la sécurité et de la santé au travail

17.9.1. Hauts responsables

Les hauts responsables sont chargés de promouvoir une culture de sécurité sur le lieu de travail et de veiller à ce que le personnel et les systèmes de sécurité et de santé au travail soient en mesure de répondre aux exigences de la disposition 1.2(c) du règlement du personnel.

17.9.2. Comité de sécurité et de santé au travail

Les comités de sécurité et de santé au travail sont la principale enceinte dans laquelle les questions de sécurité et de santé au travail peuvent être abordées et discutées avec la participation du personnel, des gestionnaires et des représentants techniques. L'établissement d'un comité de SST efficace est l'une des exigences décrites dans la procédure opérationnelle permanente du Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix (Département des opérations de paix/Département de l'appui opérationnel) sur la gestion des risques de sécurité.

17.9.3. Responsable de la sécurité/Responsable SST

Toutes les missions doivent avoir accès à un responsable de la sécurité ou à un responsable SST qualifié pour répondre aux exigences minimales relatives aux capacités des missions en matière de sécurité au travail. Les points focaux pour la sécurité ayant une expérience technique limitée peuvent faire le lien et faciliter les communications et les présentations de rapports d'incidents, mais dans la plupart des cas, ils ne sont pas suffisamment qualifiés pour élaborer des plans d'atténuation des risques. Le responsable de la sécurité de la force (s'il est présent) ou le responsable de la sécurité de la mission doivent être les représentants techniques en matière de sécurité au sein du comité SST de la mission. Lors du recrutement du personnel chargé de la sécurité, les missions doivent se rapprocher du Siège de l'ONU pour vérifier que leurs avis de vacance de poste sont adéquats et qu'ils répondent aux exigences afin d'assurer la cohérence des

qualifications, des compétences, de l'expérience et de l'approche en matière de sécurité au travail dans toutes les missions.

17.9.4. Personnel médical

Le personnel médical est chargé d'évaluer les blessures et les maladies et de fournir des conseils pour déterminer si ces dernières sont imputables au service. En général, cependant, le personnel médical n'est pas qualifié pour élaborer des plans d'atténuation des risques pour les risques non médicaux ; pour ce type de risque, il convient de faire appel aux compétences de responsables de la sécurité qualifiés. Le Chef du service médical de la force et le Chef du service médical doivent participer au comité SST de la mission en tant que représentants techniques pour les questions de santé.

17.10. Responsabilités des entités fournissant un soutien en matière de sécurité et de santé au travail

17.10.1. Centre de services mondial des Nations Unies

Le personnel chargé de la sécurité et de la santé au travail du Centre de services mondial des Nations Unies fournit un soutien en matière de sécurité, d'ingénierie et de formation aux missions. Si une mission ne dispose pas d'un responsable de la sécurité qualifié, les rapports d'incident de cette mission seront examinés par le personnel chargé de la sécurité du Centre de services mondial des Nations Unies. L'incident sera classifié et un plan de base d'atténuation des risques sera élaboré. D'autres mesures équivalant à un examen complet, notamment la vérification que l'incident a été traité de manière efficace et l'évaluation de la gravité du risque après atténuation, ne seront prises que dans le cas d'incidents importants ou de conséquences graves.

Pour des dangers spécifiques importants, le Centre de services mondial des Nations Unies peut mener une mission d'assistance en matière de SST sur le lieu d'affectation afin de fournir une évaluation technique détaillée, des conseils et des communications.

17.10.2. DHMOSH

La Section de la sécurité et de la santé au travail de la DHMOSH est disponible pour fournir des conseils et un soutien sur tous les aspects de la sécurité et de la santé au travail répertoriés dans ce chapitre (via osh@un.org). Les questions de sécurité et de santé au travail sont déléguées au terrain et la DHMOSH ne traite pas les rapports

d'incidents pour les missions, bien que les missions puissent faire remonter certains incidents pour obtenir un avis et des conseils.

La DHMOSH conserve la responsabilité globale d'établir un système global de gestion de la SST, comprenant notamment :

- Politique et normes
- Infrastructure du système de signalement des incidents
- Registre des risques organisationnels basé sur les données d'incidents
- Supervision des plans d'atténuation des risques à l'échelle du système pour les risques majeurs ou mondiaux sur le lieu de travail
- Renforcement des capacités, y compris la composition des effectifs et la formation en matière de SST
- Présentation de rapports à la haute direction et assistance à l'élaboration de rapports spécifiques à la mission.
- Suivi et évaluation, y compris un exercice annuel de conformité avec les compétences de base décrites dans la Procédure opérationnelle permanente du Département des affaires politiques et de la consolidation de la paix (Département des opérations de paix/Département de l'appui opérationnel).

17.11. Exigences en matière de communication de l'information

Les missions disposent de deux voies pour communiquer des informations :

- Par le biais du système de notification des incidents, sur la base des incidents individuels et à partir des données collectées via le système de signalement des incidents. La gestion de ce système se fait de manière centralisée, par le biais de tableaux de bord (qui seront également mis à disposition des missions).
- Au moment de l'exercice annuel de conformité aux exigences de base qui évalue le système de gestion de la SST de la mission.

17.12. Messages clés

Les éléments clés d'un système de gestion efficace de la SST dans les missions sont les suivants :

- *Avoir au moins un responsable de la sécurité qualifié.* Les compétences du personnel chargé de la santé au travail ne sont pas suffisantes. Les points focaux pour la sécurité, même s'ils bénéficient d'une formation parrainée par les Nations Unies, ne sont pas des professionnels de la sécurité et leur rôle se limite à établir des plans de communication et à faire le lien avec les services de soutien.
- *Veiller à ce que le renforcement des capacités soit mis en œuvre en partenariat avec le siège de l'ONU.* Le système de sécurité et de santé au travail des Nations Unies est en plein développement et, par conséquent, le recrutement de personnel appelé à jouer un rôle dans le domaine de la sécurité/SST ainsi que la conduite des formations en matière de sécurité/SST doivent toujours être coordonnés avec le siège de l'ONU.
- *Tenir des réunions régulières du comité de SST auxquelles participent de hauts représentants de la direction, des syndicats du personnel et des groupes techniques.* Le comité de SST aborde certaines questions qu'il examine et transmet à la haute direction pour action.
- *Créer activement une culture où tous les incidents liés à la SST sont signalés.* L'utilisation généralisée du système de notification des incidents à chaque quasi-accident, évènement dangereux, accident, blessure et maladie est essentielle pour créer une base de données probantes sur la sécurité et la santé au travail ; elle constitue également le meilleur indicateur de l'engagement de la mission en faveur d'un environnement de travail sûr.

La sécurité concerne les évènements indésirables ou les actes malveillants délibérément provoqués par quelqu'un qui cherche à nuire. La sûreté concerne les évènements indésirables qui ne sont pas délibérés, comme l'exposition à des dangers sur le lieu de travail, ou les accidents et les phénomènes naturels qui peuvent se produire sur le lieu de travail.

La cause des évènements délibérés est une « menace », tandis que la cause des évènements non délibérés est un « danger ». Ainsi, le concept de « sécurité » couvre les menaces tandis que le concept de « sûreté » couvre les dangers.

Chapitre 18 : Demandes d'indemnisations

Indemnisations en cas de décès ou d'invalidité du personnel en tenue (demandes d'indemnisations)

18.1. Introduction

Conformément aux résolutions de l'Assemblée générale⁴⁶, l'Organisation des Nations Unies prévoit une indemnisation en cas de décès ou d'invalidité du personnel en tenue déployé dans le cadre d'opérations de paix des Nations Unies. Par conséquent, **toutes** les demandes peuvent être soumises même après le retrait des missions concernées.

18.2. Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Critères d'éligibilité à l'indemnisation	<p>Les critères généraux utilisés pour déterminer l'éligibilité à l'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité du personnel en tenue sont décrits ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none">a. Le décès, la blessure ou la maladie doit être imputable au service effectué au sein de la mission.b. Le décès, la blessure ou la maladie ne doit pas résulter d'une négligence grave ou d'une faute intentionnelle du personnel en tenue.c. À la réception d'une demande d'un pays fournisseur de contingents, la Division de l'appui au personnel en tenue demande une confirmation de l'avis de perte à la mission sur le terrain pour vérifiant les conditions des points (a) et (b).

⁴⁶ Les résolutions de l'Assemblée générale régissant le cadre actuel concernant les demandes d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité comprennent les résolutions A/RES/51/218E, A/RES/52/177, A/RES/64/269, A/RES/72/285, A/RES/76/274 et les résolutions rappelées A/RES/51/218E et A/RES/52/177.

	d. Le décès et la blessure ne doivent pas être dus à une complication ou à un problème médical préexistant.
Dépenses et demandes rejetées	<p>En cas de doute sur le lien de causalité, les demandes d'indemnisation doivent être examinées dans un esprit de sympathie⁴⁷.</p> <p>Conformément aux principes susmentionnés, l'Organisation des Nations Unies ne versera normalement pas d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité du personnel en tenue lorsque ce décès ou cette invalidité résulte de pathologies préexistantes, d'un suicide ou d'une intention délibérée de provoquer la mort, des blessures ou une maladie au personnel en tenue en question ou à un autre. Lorsque les circonstances d'un décès, d'une blessure ou d'une maladie ne sont pas clairement déterminées ou lorsque d'autres questions se posent, les demandes peuvent être transmises au Bureau des affaires juridiques pour obtenir des conseils⁴⁸.</p>
Procédure de notification pour l'avis de perte ⁴⁹	Chaque cas de blessure ou de décès doit être signalé immédiatement au Centre des Nations Unies pour les opérations et la gestion des crises au moyen d'une notification NOTICAS. Ces informations seront utilisées pour l'examen de toute demande ultérieure.

⁴⁷ A/RES/61/276 « Aspects administratifs et budgétaires du financement des opérations de maintien de la paix des Nations Unies : questions transversales », [sect. X, par. 9\(f\)](#).

⁴⁸ ST/SGB/2018/1, appendice D « [Dispositions régissant le paiement d'indemnités en cas de maladie, de blessure ou de décès imputables à l'exercice de fonctions officielles au service de l'Organisation des Nations Unies](#) ».

⁴⁹ Voir l'annexe 3.15 « Instruction permanente relative à la notification des pertes survenues dans le cadre des opérations de maintien de la paix et des missions politiques spéciales » (2017).

Secret médical ⁵⁰	<p>Les informations médicales doivent être traitées de manière confidentielle et privilégiée. Cette confidentialité doit être systématiquement préservée. Ni les dossiers médicaux ni les informations médicales ne doivent être communiqués sans autorisation adéquate. L'information ne doit en aucun cas être communiquée à une personne n'étant pas directement impliquée dans la prise en charge du patient. Des exceptions peuvent être faites en cas d'ouverture d'une enquête formelle ou de mise en place d'une commission d'enquête, lorsqu'une autorité compétente demande que ces informations soient communiquées. À cet égard, pendant la préparation des avis de perte, il importe de veiller à ce qu'un équilibre soit préservé entre le droit de chaque individu au secret médical et les besoins et objectifs de l'Organisation. Pour ce faire, les avis de perte ne doivent pas comporter de détails spécifiques relatifs au diagnostic médical d'un individu, à ses antécédents médicaux ou à un quelconque dossier médical.</p> <p>Il convient de veiller à garantir la confidentialité lors du transfert des dossiers médicaux des patients, la présentation de rapports et autres procédures administratives courantes (par exemple, rassembler et présenter des bordereaux de décaissements pour les dépenses médicales). Les rapports envoyés par la valise diplomatique ou les services postaux des Nations Unies doivent être convenablement scellés et porter l'instruction « à ouvrir uniquement par le destinataire ».</p> <p>Les patients demandant une indemnisation en cas d'invalidité doivent signer un document libérant les médecins concernés du secret médical.</p>
------------------------------	--

⁵⁰ Consultez le chapitre 13 « Tenue de dossiers médicaux/Outil de communications d'informations médicales » dans le module Gestion des soins de santé du présent manuel.

Délai de soumission et de règlement des demandes	<p>L'Assemblée générale n'a imposé aucun délai aux États Membres pour soumettre à l'Organisation leurs demandes d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité.</p> <p>Dans la résolution A/RES/52/177, l'Assemblée générale a prié le Secrétaire général de faire en sorte que les demandes d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité soient réglées dans les meilleurs délais et, en tout état de cause, dans les trois mois qui suivent la date de présentation de la demande. Le Secrétariat s'efforce de régler les demandes reçues des États membres aussi rapidement que possible et dans les 90 jours suivant la date de réception de tous les documents pertinents.</p>
--	---

18.3. Rôle de la DHMOSH et de la Division de l'appui au personnel en tenue

Les Missions permanentes des Nations Unies soumettent leurs demandes d'indemnisations en cas de décès et d'invalidité à la Division de l'appui au personnel en tenue⁵¹ du Département de l'appui opérationnel. La Division de l'appui au personnel en tenue fait le lien avec la DHMOSH, les missions sur le terrain, les Missions permanentes et d'autres parties prenantes concernées, certifie les demandes et traite le versement des indemnités.

L'invalidité est indemnisée à hauteur d'un pourcentage du montant maximal autorisé par l'Assemblée générale en dollars américains correspondant au taux d'invalidité permanente à la fin de tous les traitements et lorsque l'amélioration fonctionnelle maximale est obtenue. Le taux d'invalidité permanente est déterminé par la DHMOSH

⁵¹ La Division de l'appui au personnel en tenue sert de point de contact unique pour les pays fournisseurs de contingents ou de personnel de police sur toutes les questions administratives et logistiques liées à la constitution des forces, aux mémorandums d'accord, à l'équipement appartenant aux contingents et au remboursement.

sur la base de la dernière édition du *Guide pour l'évaluation de la déficience permanente* de l'Association médicale américaine⁵².

18.4. Exigences en matière de communication de l'information à l'usage des États Membres qui soumettent des documents à l'appui de demandes d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité⁵³

La demande doit être présentée selon le format fourni dans la « Demande d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité d'un membre d'un contingent national survenu dans le cadre d'une opération de maintien de la paix des Nations Unies » (A/52/369, annexe IV), accompagnée d'une copie du formulaire d'avis de perte (voir l'annexe 3.15 du présent manuel).

Type de demande	Documents à fournir
Demandes d'indemnisation en cas de décès	<ul style="list-style-type: none">a. Une copie de l'acte de décèsb. Une copie du rapport d'autopsie, si disponiblec. Une copie de l'examen médical préalable au déploiement (formulaire MS.2)d. Une copie du dossier médical pour déterminer si l'agent concerné souffrait de problèmes médicaux préexistantse. Rapports médicaux de l'établissement/du médecin traitantf. Pièces justificatives des frais médicaux dont le remboursement est demandé, le cas échéantg. Copie des factures pour les frais funéraires

⁵² Voir <https://ama-guides.ama-assn.org/>

⁵³ Voir A/63/550 « [Examen d'ensemble des arrangements et procédures d'administration et de paiement des indemnités dues en raison du décès ou de l'invalidité de membres des contingents, des unités de police constituées ou de la police civile ou d'observateurs militaires : rapport du Secrétaire général](#) ».

<p>Demandes d'indemnisation en cas d'invalidité</p>	<p>a. Rapports médicaux récents des médecins traitants indiquant le diagnostic, le traitement fourni et l'attestation que la meilleure récupération fonctionnelle a été obtenue et qu'aucun autre traitement n'est prévu ou possible.</p> <p>b. Tous les rapports médicaux associés à la blessure/maladie, y compris, mais sans s'y limiter, les radiographies, les scanners, les rapports de pathologie, les IRM, etc.</p> <p>c. Une copie de l'examen médical préalable au déploiement</p> <p>d. Une copie du dossier médical pour déterminer si l'agent concerné souffrait de problèmes médicaux préexistants</p> <p>e. Pièces justificatives des frais médicaux dont le remboursement est demandé, le cas échéant</p> <p>La liste des dossiers/rapports médicaux énumérés ci-dessus n'est pas exhaustive et dépend de la nature de la blessure subie ou de la maladie.</p>
---	--

18.5. Messages clés

- L'Organisation des Nations Unies verse une indemnisation en cas de décès ou d'invalidité au personnel en tenue déployé dans le cadre d'opérations de paix des Nations Unies.
- L'Assemblée générale n'a imposé aucun délai aux États Membres pour soumettre à l'Organisation leurs demandes d'indemnisation en cas de décès ou d'invalidité.
- Les Missions permanentes des Nations Unies soumettent les demandes d'indemnisations en cas de décès et d'invalidité à la Division de l'appui au personnel en tenue du Département de l'appui opérationnel au nom du demandeur.

- Le Secrétariat s'efforce de statuer sur les demandes d'indemnisations reçues des États membres aussi rapidement que possible et dans un délai de 90 jours à compter de la date de réception de tous les pièces à fournir.

Chapitre 19 : Coopération avec les organismes d'enquête

19.1. Introduction

La divulgation d'informations confidentielles à des organismes d'enquête ou d'examen dûment autorisés, y compris les commissions d'enquête, vise à soutenir une qualité optimale des opérations, une gestion efficace du personnel et à identifier et traiter les risques sur le lieu de travail dans le cadre du devoir général de diligence de l'Organisation. Le personnel médical doit soutenir ces organismes autant que possible en leur fournissant des conseils et une assistance et, le cas échéant, en leur fournissant des informations permettant d'éviter tout emploi imprécis de terminologie ou de jargon médical et ainsi de contribuer à l'efficacité du processus d'enquête.

19.2. Définitions des termes clés

Termes	Définitions
Informations médicales confidentielles (également appelées « informations médicales protégées »)	Antécédents médicaux individuels, résultats de tests ou de laboratoire, problèmes de santé physique ou mentale et diagnostics ou autres informations liées à l'interaction avec les prestataires de services de santé.
Dossier médical	Le dossier médical électronique ou papier dans lequel sont enregistrés tous les aspects des soins cliniques et des conseils ou décisions administratives médicales. Il comprend les notes du personnel clinique, les références, les documents médicaux soumis par le patient, les résultats de laboratoire et de radiologie, etc., ainsi que les décisions ou recommandations sur des questions administratives médicales.

19.3. Divulgence d'informations médicales confidentielles aux organismes d'enquête

Pour concilier les besoins des organismes d'enquête et les droits à la confidentialité des données des patients, les dispositions suivantes s'appliquent :

Le mandat/termes de référence de l'organisme demandeur doit être examiné par le prestataire médical avant la divulgation du dossier médical afin de garantir que :

- L'organisme est autorisé à recevoir des informations médicales.
- Les informations demandées ou les questions posées rentrent dans le cadre du mandat de l'organisme.
- Le dossier médical contient des documents qui reflètent les circonstances pour lesquelles des renseignements médicaux ont été demandés.

Lorsque les dossiers médicaux constituent une partie substantielle des délibérations, l'organisme d'enquête doit solliciter un professionnel de la santé doté des compétences nécessaires pour les examiner. Si le professionnel de la santé n'est pas un membre du personnel déjà soumis aux exigences du Directeur médical des Nations Unies en matière de secret médical, il sera tenu de signer un accord de confidentialité approprié. Cet accord doit être communiqué au prestataire de santé avant toute divulgation de document.

Lorsque l'organisme d'enquête ne dispose pas d'un professionnel de la santé, ou dans le cas d'un tribunal, les informations divulguées doivent prendre la forme de réponses à des questions ou de résumés pertinents, mais le dossier lui-même ne doit pas être divulgué. Les informations cliniques ne peuvent être divulguées sans le consentement exprès du patient (ou de son plus proche parent, selon le cas).

Conformément aux exigences de confidentialité et aux principes d'équité et de garanties de procédure, les renseignements ou les documents divulgués doivent être limités aux rubriques du dossier directement liées au mandat.

Les informations ou les dossiers demandés doivent être fournis au format requis et dans les délais demandés par l'organisme demandeur, à moins qu'il ne soit déraisonnable de le faire.

Toute communication d'un dossier ou d'informations doit être consignée sous forme de note clinique dans EarthMed.

Le patient peut demander à savoir quelles informations ont été divulguées et à quel organisme elles ont été divulguées. Les termes de référence ou le mandat de l'organisme demandeur ne doivent pas être communiqués.

19.4. Messages clés

Un juste équilibre entre le droit de tout individu au secret médical et les besoins et objectifs de l'Organisation est trouvé, tout en garantissant une coopération efficace avec les organismes d'enquête.

Liste des contacts à la DHMOSH

Entité	Courriel
Directeur médical (Département de l'appui opérationnel)	medicaldirector@un.org
Service médical	unhqclinic@un.org
Section de la gouvernance clinique	clinicalgovernance@un.org
Section de la santé publique	dos-dhmosh-public-health@un.org
Équipe d'intervention médicale des Nations Unies	unmert@un.org
Section de la gestion du personnel de santé	medicalworkforcemanagement@un.org