Secours à un hôpital libyen en zone insurgée lors du printemps arabe

F. Peduzzi[a,b], S. Batrancourt[b], F. Robardet[b], J. Pallier[b], S. Mercier[b]

a Groupement santé, Bataillon de marins-pompiers, 9 boulevard de Strasbourg – 13233 Marseille Cedex 20.
b Service médical d'urgence, Brigade de sapeurs-pompiers de Paris, 1 place Jules Renard – 75017 Paris.

Résumé

En 2011, trois semaines avant les frappes aériennes militaires françaises en Libye, le gouvernement français décide de porter secours au *Benghazi medical center*, hôpital universitaire de 300 lits situé dans la seconde ville du pays, en zone insurgée lors des soulèvements du printemps arabe. Un détachement des Formations militaires de la Sécurité civile est projeté du 1er au 14 mars 2011 pour secourir cet établissement, acheminer un poste de secours mobile du ministère de la Santé et rapporter une évaluation de la situation et des besoins. L'article décrit la prise en compte d'une mission aux objectifs initiaux peu précis, où la crise est intra-hospitalière. Les moyens limités du détachement et la courte durée de la mission vont lui imposer de déterminer les priorités les plus efficientes pour l'hôpital.

Mots-clés : Benghazi. Crise. Formations militaires de la Sécurité civile. Hôpital. Libye. Préhospitalier. Protection civile.

Abstract

HELP GIVEN TO A HOSPITAL IN AN INSURGENT AREA IN LIBYA, DURING THE ARAB SPRING.

In 2011, three weeks before the French aerial bombing in Libya, the government decided to give assistance to the Benghazi Medical Center, a teaching hospital of 300 beds located in the second largest city of the country, an insurgent area during the Arab Spring. A unit from the Formations militaires de la Sécurité civile was deployed to help the hospital, dispatch a first-aid station from the French Ministry of Health, and assess and report on the situation and the needs. The article describes the management of the mission, the initial goals of which were unclear, and the crisis inside the hospital. Given the limited means of the mission and its short duration, priorities had to be set to determine the most efficient actions for the hospital.

Keywords: Benghazi. Civil Protection. Crisis. *Formations militaires de la Sécurité civile*. Hospital. Libya. Pre-hospital care.

Les positions exprimées dans cet article ne sont que les points de vue des auteurs et ne doivent pas être considérées comme le point de vue officiel du Service de santé des armées français.

Introduction

L'aide humanitaire française au profit de pays étrangers est gérée par le ministère des Affaires étrangères. Les modules de secours qu'il peut proposer sont mis à disposition par le ministère de la Défense, de l'intérieur ou de la santé selon le besoin technique ou l'affichage souhaité, militaire ou civil. La mission décrite est accomplie par un détachement de la Sécurité civile (ministère de l'Intérieur), dont les effectifs médicaux appartiennent au Service de santé des armées (SSA).

Historique

Le *Benghazi medical center* (BMC) est un hôpital initialement construit pour héberger 900 lits, justement dénommé « hôpital des 900 » localement (fig. 1). Désaffecté depuis plus de trente ans, il a été réhabilité en 2009 grâce à la participation de la France, à travers un don destiné à équiper 300 lits et l'ensemble des services support, notamment le laboratoire et le service d'imagerie. Il est le lieu d'exercice de spécialités non présentes dans l'est de la Libye comme la chirurgie vasculaire, la neurochirurgie et la transplantation de rein. Hôpital public flambant neuf, le BMC était, avant la révolution, une vitrine du système de santé libyen (1).

F. PEDUZZI, médecin en chef, praticien certifié. S. BATRANCOURT, adjudant-chef, infirmier diplômé d'état. F. ROBARDET, adjudant, infirmier diplômé d'état. J. PALLIER, adjudant, infirmier diplômé d'état. S. MERCIER, sergent-chef, infirmier diplômé d'état.
Correspondance : Monsieur le médecin en chef F. PEDUZZI, Bataillon de marins pompiers de Marseille, 9 boulevard de Strasbourg – 13233 Marseille Cedex 20.
E-mail : frank.peduzzi@bmpm.gouv.fr



Figure 1. Le Benghazi medical center, hôpital réhabilité avec l'aide de la France en 2009. © SSA-Peduzzi F.

Si la majorité des médecins est arabe, la direction et l'encadrement comptent beaucoup de Français et d'Anglo-Saxons. Le personnel paramédical est en majorité philippin et indien.

Situation

Berceau de la révolution du printemps arabe libyen, la ville de Benghazi s'était, au début de l'année 2011, rapidement déclarée indépendante de l'autorité de Tripoli. Privé de ses ressources de fonctionnement, le BMC se retrouvait donc sans ravitaillement sanitaire, et dans l'impossibilité de payer les salaires de ses employés. De plus, menacés par les représailles des forces de Mouammar Kadhafi, les expatriés regagnaient leurs pays, volontairement ou sur demande de leurs ambassades. Malgré le renfort spontané de « volontaires » locaux, l'hôpital voyait donc ses ressources humaines rapidement divisées par cinq, indépendamment de l'occupation des lits, et de l'arrivée de plus en plus nombreuse de blessés des zones de conflit.

À cette période, la France affichait une position politique plutôt favorable aux rebelles, c'est pourquoi elle décidait d'envoyer une mission de secours vers le BMC. Les conditions de sécurité très aléatoires conduisaient le ministère des Affaires étrangères à choisir un détachement des Formations militaires de la Sécurité civile (Encadré 1). Sous le commandement d'un officier supérieur et soutenu par une section logistique de l'Unité d'instruction et d'intervention de la Sécurité civile n° 7 (UIISC7) de 12 sapeurs-sauveteurs, l'effectif médical était composé d'un médecin et de neuf infirmiers des UIISC, de la Brigade de sapeurs-pompiers de Paris (BSPP), du Bataillon des marins-pompiers de Marseille (BMPM) et du Service d'incendie et de secours des Bouches du Rhône (Département 13). Le détachement avait pour mission :

– de remettre à l'hôpital un poste de secours mobile de niveau 2 (PSM 2) (2) du Ministère de la santé (fig. 2) ;

Encadré 1. Les Formations militaires de la Sécurité civile

Suite à la rupture du barrage de Malpasset, dans le Var, qui entraîna plus de 400 morts en 1959, le Général de Gaulle décida de créer une unité militaire destinée à renforcer les secours locaux lors de la prise en charge des conséquences d'une catastrophe naturelle ou technologique en France.

Aujourd'hui fortes de 1 500 sapeurs-sauveteurs répartis sur trois régiments militaires du Génie (UIISC n° 1 à Nogent-le-Rotrou, 5 à Corte et 7 à Brignoles) et un état-major parisien, les ForMiSC sont placées sous la direction du Préfet de la Direction générale de la Sécurité civile et de la gestion des crises (DGSCGC) du ministère de l'Intérieur. Organisme de renfort national, elles interviennent aux côtés des secours départementaux ou zonaux lors des sollicitations inhabituellement (tempêtes, inondations, accident industriel) ou saisonnièrement (feux de forêt) intenses. Les services médicaux de ces unités sont en mesure de constituer des modules allant de l'ambulance médicale jusqu'à un dispensaire de campagne. Jumelés à un détachement d'appui chirurgical du Service d'incendie et de secours du Gard, ils mettent en œuvre l'Élément de Sécurité civile rapide d'intervention médicale (ESCRIM), hôpital de campagne de la Sécurité civile française.

Leur expérience et leur statut de militaire en font également un élément adapté à la projection à l'étranger dans le cadre de l'assistance internationale, à la demande du ministère des Affaires étrangères. Les plus récentes interventions outre-mer sont : Le Cyclone aux Philippines (2014), Le tsunami à Fukushima (2011), le séisme de Port-au-Prince (2010), guerre civile au Sri Lanka (2009), Ouragan en Haïti (2016).



Figure 2. Remise à l'hôpital d'un poste de secours mobile de niveau 2 du Ministère de la santé française. © SSA-Peduzzi F.

– d'évaluer la situation de l'hôpital, en rapportant les besoins matériels et humains nécessaires à un rétablissement de son activité ;

– d'accompagner le médecin coordonnateur français du ministère des Affaires étrangères, alors en poste au BMC, qui avait été rapatrié lors des premiers affrontements ;
– de porter assistance à l'hôpital.

La mission

Mise en place et situation de l'hôpital

L'aéroport de Benghazi étant inutilisable, le détachement est arrivé par voie routière après deux jours de route depuis Le Caire. Accueilli par la liesse ambiante et armée, impressionnante, des groupes ayant pris le pouvoir localement, ainsi que par une foule de médias impatients, la mission devait se plier aux rites des remerciements pour l'accueil et aux interviews sur le vif. Dans cette situation, aucune instance de coordination humanitaire ni aucune Organisation non gouvernementale (ONG) amie n'est présente. Les dirigeants de l'hôpital avaient changé, et seul le médecin du ministère des affaires étrangères qui nous accompagnait était en mesure d'identifier des responsables pertinents. Le Poste de secours PSM2 était rapidement acheminé vers le point de regroupement de l'aide humanitaire, qui arrivait déjà abondamment.

Depuis le départ précipité du personnel de l'hôpital, beaucoup de patients avaient été transférés dans les autres établissements de soins de la ville ou étaient rentrés chez eux pour les plus valides. Seul le service de réanimation était complet. Initialement non pourvu d'un service d'accueil des urgences, le BMC avait aménagé les locaux d'hospitalisation de jour pour participer à la prise en charge des blessés qui arrivaient des zones de combats. Les médecins libyens des services y assuraient un tour de garde, et l'équipement extrêmement moderne de l'hôpital, dont l'acheminement des fluides avait été préservé, permettait une prise en charge immédiate tout à fait convenable.

L'activité chirurgicale tentait de reprendre avec l'arrivée de chirurgiens palestiniens, mais le manque de personnel paramédical ne permettait que quelques actes isolés. La pharmacie hospitalière ne comptait plus qu'un pharmacien. Le ravitaillement classique y était interrompu, mais de l'aide humanitaire variée « s'entassait » régulièrement dans ses locaux.

L'hôpital disposait d'un service d'ambulances (fig. 3) en parfait état, équipées de matériel moderne. Ce matériel n'avait que peu servi et les conducteurs présents ne possédaient aucune formation. Plutôt que de disperser le faible effectif du détachement dans les services médicaux, rendant ainsi un service minime et ponctuel, le choix était fait de développer des compétences qui devaient servir au-delà de la mission, dont nous savions qu'elle ne devait durer que 15 jours. Au 14e jour, la mission se terminait pour des raisons de sécurité qui ne nous étaient pas communiquées. Cinq jours après, la France débutait les frappes aériennes sur la Libye contre les forces de Mouammar Kadhafi.



Figure 2. Zone d'arrivée des ambulances de l'hôpital de Benghazi. Un service moderne à valoriser. © SSA-Peduzzi F.

Avec la nouvelle direction de l'hôpital, trois axes d'efforts étaient décidés :

1. Contribuer à l'organisation du service d'accueil des urgences (SAU).
2. Mettre en place une formation destinée aux conducteurs ambulanciers.
3. Organiser la pharmacie.

Le service d'accueil des urgences

Improvisé dans un service d'hospitalisation de jour, le service des urgences bénéficiait de plusieurs salles permettant d'aménager des postes de soins. L'équipement mobilier et électrique très moderne des services de l'hôpital, inutilisé, était déplacé dans cette nouvelle unité. Très rapidement, nos infirmiers se sont intégrés aux équipes soignantes, et s'organisaient en alternant leurs participations à la prise en charge des patients, aux séances de formation à la prise en charge immédiate des urgences, enfin à l'amélioration de l'organisation du service. Cette dernière action consistait à organiser des stocks tampons de proximité, à optimiser l'ergonomie des postes de soins, à permettre la traçabilité des actes et la mise en place de procédures infirmières : désinfection, asepsie, prise en charge des brûlures, etc.

Un point faible de ce SAU naissant était l'accueil administratif, peu accessible, aux capacités d'enregistrement réduites, et utilisant le seul dossier d'hospitalisation des services, inadapté au suivi des urgences.

Au cours de la mission, l'explosion d'une réserve de munitions proche de la ville de Benghazi va apporter en une heure un flux de 16 patients en urgence absolue et huit patients en arrêt cardiaque. Outre le fait que cet évènement allait sceller notre intégration au sein de l'hôpital, il confirmait les problématiques d'enregistrement et de traçabilité des patients à l'entrée de l'hôpital, la nécessité de mise en place d'un triage uniforme identifiable, ainsi qu'une amélioration du cheminement des flux de patients. De grandes salles de décharge étaient équipées, et le volontarisme de tout

le personnel présent, déjà bien souvent animé du seul sens du service à rendre, sont venus rapidement à bout de cet épisode.

Les améliorations proposées par le détachement ont été présentées devant les cadres de l'hôpital à la fin de la mission.

La formation des conducteurs ambulanciers

Lors de l'afflux de victimes consécutif à l'explosion du dépôt de munition, les ambulances de l'hôpital avaient ramassé les blessés et les patients en arrêt cardiaque sans notion de priorité, sans précaution, ni geste de sauvetage particulier.

Les moniteurs de secourisme et conducteurs ambulanciers du détachement ont mis en place une formation comparable à celle des sauveteurs en France, inspirée des formations de premiers secours en équipe et destinée au groupe des 24 ambulanciers de l'hôpital. La découverte du matériel de leurs engins de secours, les gestes élémentaires de secours et le conditionnement d'un blessé à transporter étaient enseignés et validés par un examen final. Une remise formalisée d'attestation de formation clôturait cet enseignement à l'issue de la mission.

L'organisation de la pharmacie

L'équipe logistique du détachement va recenser, trier et ranger l'aide humanitaire entassée dans la pharmacie de l'hôpital, la rendant ainsi accessible à l'unique pharmacienne restante, et lui permettant d'assurer l'approvisionnement des services.

Discussion

Le sentiment dominant sur la prise en compte de cette mission a été celui d'une disproportion entre les objectifs fixés et les moyens mis à disposition. Secourir un hôpital de 300 lits qui avait perdu les 4/5e de son personnel soignant avec deux médecins et neuf infirmiers ne semblait pas cohérent, et c'est pourtant la crise à laquelle il fallait faire face. Cette situation originale était une variante de la présentation des secours sur une catastrophe, où l'évaluation de la scène et la détermination des priorités précédaient toute prise en charge individuelle (3).

C'est pourquoi les personnels avaient d'abord procédé, par groupes, à des reconnaissances de tous les services ou une activité subsistait, et les comptes rendus avaient été discutés avec la direction de l'hôpital, obtenant ainsi la légitimité pour chacune de nos actions.

La courte durée connue de la mission permettait d'anticiper le désengagement, qui ne devait pas être vécu – par les secourus comme par les secours – comme un abandon dans la détresse. La ponctuation de chacune des actions entreprises avait ainsi été organisée, légitimant le départ du détachement malgré les difficultés persistantes de l'hôpital : Organisation d'un examen et d'une remise de diplômes pour les ambulanciers ; présentation des évolutions et propositions pour le SAU en réunion à l'ensemble des cadres de l'hôpital.

Initiées par l'autorité politique, ces opérations plaçaient leurs acteurs dans une situation souvent imprécise, mais leur offraient une grande autonomie pour identifier et cibler les réels besoins humanitaires, et finalement improviser dans le seul sens de l'éthique humanitaire et de l'intérêt des victimes.

Pour autant, la pertinence et l'efficacité sur les court et long termes de telles interventions sont aujourd'hui discutées (4), et les écueils qui peuvent engendrer plus de désorganisation que d'aide sont de plus en plus rapportés dans la littérature scientifique. Ont été ainsi décrits, à titre d'exemple, les « sept péchés capitaux de la médecine humanitaire » (5), où la mauvaise évaluation du besoin qui doit être comparé au niveau habituel du pays déstabilise. La mise en œuvre de moyens ou de connaissances non transposable ou non accessible au pays peut réduire une mission humanitaire de courte durée à une démonstration sans suite, et finalement source de désillusion. Ainsi le transfert de compétence est sans doute un objectif à identifier dès le début.

L'évaluation du progrès acquis après la mission est plus difficile (6-8), et l'action humanitaire identifie encore peu de standards sur lesquels s'appuyer pour à la fois éviter les erreurs connues, et justifier la pertinence de son action. Encore bien souvent, des missions courtes et isolées comme celle-ci ne font reposer leur organisation que sur l'expérience des intervenants.

Enfin, il est une évidence qui mérite d'être toujours martelée, le niveau de coopération et d'intégration dépend de la qualité de la communication, ou la pratique de l'anglais, même imparfait, est nécessaire, car infiniment plus efficace que le recours à des interprètes.

Conclusion

Projeté hors de son univers de prise en charge pré-hospitalière dans une situation originale de crise à cinétique lente, pour une durée déterminée et avec des moyens restreints, l'équipe de secours retrouvait ses marques en conservant les notions fondamentales de la médecine de catastrophe. Ne pas se consommer dès le début dans le feu de l'action, faire le tour de la catastrophe et hiérarchiser les actions, qui doivent être rentables et durables. L'absence de préparation et de connaissance dans de telles situations imposent de compter sur des personnels rompus à l'imprévu et aux brusques changements d'environnement de travail. La réussite d'une mission courte est soumise à la définition rapide d'objectifs clairs, dont l'efficacité peut être limitée, mais doit être transmissible localement, dans le but d'assurer un progrès durable après le départ. Deux facteurs clefs de crédibilité sont inhérents à la réussite de telles missions : l'adhésion des cadres locaux et une logistique assurant une autonomie de vie courante.

Les auteurs ne déclarent pas de conflits d'intérêts concernant les données présentées dans cet article.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Dufriche D et la Compagnie des Taxi-Brousse. Reportage interview. L'hôpital de Benghazi. En ligne, dernière consultation le 6/6/2018. http://www.cie-taxibrousse.com/engine/wp-content/uploads/2014/12/Script-Hopital-Benghazi.pdf.
2. Ministère des Solidarités et de la Santé. Dotation médicale d'un poste sanitaire mobile de niveau 2. En ligne, dernière consultation le 6/6/2018. http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/PSM2_categories_2013_2_.pdf
3. Benner P, Stephan J, Renard A, Petitjean F, Larger D, Pons D. Role of the French rescue teams in Diquini Hospital: Port-au-Prince, January 2010. Prehosp Disaster Med 2012;27:615-9.
4. Caldron PH, Impens A, Pavlova M, Groot W. A systematic review of social, economic and diplomatic aspects of short-term medical missions. BMC Health Serv Res 2015;15:380.
5. Welling DR, Ryan JM, Burris DG, Rich NM. Seven sins of humanitarian medicine. World J Surg 2010;34:466-70.
6. Maki J, Qualls M, White B, Kleefield S, Crone R. Health impact assessment and short-term medical missions: a methods study to evaluate quality of care. BMC Health Serv Res. 2008;8:121.
7. Bido J, Singer SJ, Diez Portela D, Ghazinouri R, Driscoll DA, Alcantara Abreu L, et al. Sustainability assessment of a short-term international medical mission. BMC Health Serv Res 2015;97:944-9.
8. Mocellin N, Hornez E, Bajard X, Legoudeveze S, Charpail C, Ollat D. Action humanitaire et Service de santé des armées : Expérience d'une antenne chirurgicale en Jordanie sur la frontière syrienne. E-Mémoires de l'ANC 2014;13:28-33.

INFORMATION

Afin d'assurer un suivi régulier de l'acheminement de la revue « Médecine et Armées », merci de faire parvenir à la rédaction tous changements d'adresse d'affectation.

« Médecine et Armées »

M^me^ M. SCHERZI

1 place Alphonse Laveran

75230 Paris Cedex 05

Intradef : martine.scherzi@intradef.gouv.fr

☏ 01 40 51 47 44