

Rapport d'évaluation

« Prise en charge des personnes en situation de handicap en Libye. »

Réalisée pour le compte de Handicap International

du 26 octobre au 3 novembre 2011

Consultants STEPS:

- **Abid Mohamed**
- **Brun Geraldine**
- **Effantin Serge**
- **Eklund Anders**
- **Simonnot Claude, coordinateur de l'évaluation.**

Note sur la mise en page

La mise en page du document est conforme aux lignes directrices sur l'accessibilité et la facilité de lecture, qui exigent une police sans empattement et un texte aligné à gauche (et non justifié).

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1 – ETAT DES LIEUX GENERAL.....	8
1.1 - Situation générale constatée.....	8
1.2 - Situation du système de santé	10
1.3 - Généralités sur les personnes en situation de handicap et leur situation en Libye	12
1.4 - Garantir les droits des personnes handicapées	15
1.5 - Situation de handicap et rééducation ; besoins et considérations.	16
1.6 - Les blessés de guerre.....	17
1.7 - La Formation des professionnels	22
2 – CONSTATS DANS LES SERVICES DE SOINS VISITES	24
2.1 - L'organisation du dispositif de soins.....	24
2.2 - Les infrastructures	26
2.3 - Les ressources humaines	28
2.4 - Les liens entre les acteurs du système	30
2.5 - Les ressources de management.....	30
3 - PLACE DE LA REHABILITATION EN REGARD DU DISPOSITIF DE SOINS.....	31
3.1 - La prise en charge sociale	32
3.2 - La prise en charge psychologique.....	32
4 - CONSTATS DANS LES SERVICES DE REEDUCATION VISITES	33
5 - PRECONISATIONS D'ACTIONS ET RECOMMANDATIONS	38
5.1 - Comment répondre aux besoins et attentes des patients ?.....	38
5.2 - Au niveau des actions politiques.....	39
5.3 - Au niveau du management des structures	43
5.4 - En termes de formation et de qualification des professionnels.....	47
5.5 - Mise en place de services, investissement matériel, et équipement.....	51
CONCLUSION	56
ANNEXES	58
ANNEXE 1 : LISTE NON EXHAUSTIVE DES PERSONNES RENCONTREES	60
ANNEXE 2 : FICHES DE VISITES DES HOPITAUX.....	61
ANNEXE 3 : FICHES DE VISITES DES SERVICES DE REEDUCATION.....	68
ANNEXE 4 : FICHES DE VISITES DES SERVICES D'APPAREILLAGE	80
ANNEXE 5 : FICHES D'ENTRETIENS ET DE DIVERSES VISITES	82

INTRODUCTION

RAPPEL DES OBJECTIFS DE LA MISSION

Titre : Analyse de la situation des personnes handicapées en Lybie, des structures de prise en charge existantes, identification des pistes d'amélioration et de renforcement, en lien avec les acteurs Libyens.

Objectif principal : Proposer les axes d'un projet qui puisse contribuer à la réduction des situations de handicap à travers le renforcement des capacités de prise en charge, en particulier de rééducation fonctionnelle et d'appareillage, et la promotion de la participation des personnes dans la société libyenne.

Objectif Spécifique 1 : Identification des besoins des personnes en situation de handicap, identification des ressources et des facilités existantes en termes de prise en charge (rééducation fonctionnelle, appareillage, accès aux structures de soins). Evaluation du dispositif médical et paramédical existant, de la formation des professionnels et de leurs aspirations à des formations complémentaires, de la fonctionnalité du dispositif existant et des pistes d'amélioration.

Objectif Spécifique 2 :

Analyser le niveau de participation des personnes en situation de handicap dans la vie sociale, les moyens et les opportunités pour leur insertion. Rencontrer les associations existantes pour recueillir leurs points de vue et leurs aspirations.

La mission a donc collecté puis analysé dans les différentes structures existantes, publiques et privées, associatives, les informations sur les modalités de prise en charge en termes de :

- *Système général de santé,*
- *Prise en charge des blessés et personnes handicapées,*
- *Chirurgie reconstructive ou réparatrice,*
- *Appareillage orthopédique et aides techniques,*
- *Rééducation motrice, orthopédique, sensorielle, et réadaptation fonctionnelle,*
- *Soutien psychologique et/ou psychosocial,*
- *Dispositifs sociaux et d'accompagnement,*
- *Liens existants ou ayant existé avec des structures identiques à l'étranger.*

Organisme en charge et commanditaire :

Handicap International, sollicité par le centre de crise du ministère français des Affaires Etrangères, a proposé de conduire à travers son partenaire STEPS Consulting Social cette mission d'évaluation.

ORGANISATION GENERALE DE LA MISSION ET APPUIS REÇUS

Cette mission s'est déroulée dans un contexte de post conflit, quelques jours après la mort de l'ancien dictateur, Mouammar Kadhafi, du 22 Octobre au 3 Novembre 2011.

Afin de recueillir dans un pays encore instable et potentiellement dangereux le maximum d'informations, il a été choisi de mettre en œuvre deux équipes, l'une intervenant dans la Cyrénaïque, c'est à dire dans l'Est du pays autour de Benghazi et l'autre dans la Tripolitaine, à l'Ouest du pays autour de Tripoli.

Les conditions générales de réalisation n'ont pas été très aisées, attendu que beaucoup des services étaient encore paralysés par la situation héritée du conflit. La logistique a été complexe à assurer, en particulier en ce qui concerne les déplacements, la communication, l'organisation des contacts, les autorisations de visites et de rencontres.

A Tripoli, nous avons été particulièrement soutenus et conseillés par les membres de l'ambassade de France, S.E. Mr. Antoine Sivan, l'ambassadeur mais également Catherine Korm-Kammoun que nous n'avons malheureusement pu rencontrer que tardivement. Au niveau du Ministère de la Santé, Mr. Aziz El Bakush, directeur des relations internationales s'est montré disponible et de bon conseil.

A Benghazi, l'équipe de Handicap International s'est mobilisée pour faciliter la dimension logistique de cette mission.

Toujours à Benghazi, nous avons aussi été particulièrement aidés par le Dr. Dutriche et par le vice-ministre de la Santé le Dr. Riad Bendardaf qui ont été attentifs et disponibles pour nous faciliter les contacts et les démarches.

Par ailleurs, les membres du Comité National de Transition (CNT), et leurs proches, ont facilité la mission accordant une assistance logistique. Nous avons été en contact avec le réseau «CONOPS LIBYA», plateforme civile de convergence opérationnelle franco-libyenne montée à l'initiative d'une des composantes majeure de l'autorité de transition : « MAHWAR AL CHARK »¹. Les initiateurs libyens de la démarche « CONOPS LIBYA » se sont regroupés au sein de "UNITED LIBYA", structure de droit civil visant à créer un courant de coopération technique internationale au service de la révolution libyenne. Les Français membres de « CONOPS LIBYA » nous ont présenté à leur contrepartie libyenne, qui a appuyé logistiquement notre mission en Libye.

A Tripoli, nous avons bénéficié d'une base de travail dans une villa moderne, sécurisée et équipée. Un agent de liaison bilingue arabe anglais avec son véhicule a été mobilisé pour faciliter les contacts, nous accompagner et assurer notre sécurité. Agissant au nom du CNT, nos hôtes ont permis d'une part un appui sur la zone de Benghazi, d'autre part un accueil et un soutien précieux à Tripoli avec des contacts au plus haut niveau (Ministre de l'Intérieur, Ministre de la Santé). L'équipe a bénéficié du pont aérien du CNT entre MISRATA et TUNIS, via MISRATA, ou le même appui logistique qu'à Tripoli est mis en place.

A Tunis, nous avons pu rencontrer le chef du groupe de "l'Axe de l'Est" et lui transmettre les remerciements de l'équipe. Au cours d'un échange sur la perception de la situation et sur les

¹ « L'axe de l'Est », qui regroupe sous un commandement commun 18 katibas de TRIPOLI, MISRATA et BENGHAZI

attentes de l'autorité de transition en matière de coopération de santé, ce haut responsable nous a fait part du souci du CNT à se voir adresser rapidement des solutions françaises "concurrentielles».

Les liens établis et la qualité de l'échange avec son leader montre que le canal "UNITED LIBYA" est un point d'entrée fiable vers les autorités légitimes.

INFORMATIONS COLLECTEES EN AMONT DE LA MISSION

Nous avons pu nous appuyer sur un certain nombre de rapports concernant la santé en général dans le pays avant ou pendant la révolution. Ces informations émanent des agences internationales et/ou des ONG, d'autres ont été produites par les autorités.

D'autres informations complémentaires ont été collectées via les contacts directs avec certains acteurs de terrain, des ONG et des professionnels libyens. D'une façon générale, les données sont rares dans le domaine de la santé et quasi inexistantes pour ce qui concerne les services pour les personnes en situation de handicap. Si les structures sont bien identifiées, par contre au niveau documentaire, peu d'informations sont disponibles sur leur fonctionnalité, ou absence de fonctionnalité.

Nous nous sommes donc basés sur des assertions qu'il a fallu autant que possible vérifier en les croisant avec les informations recueillies sur le terrain.

ELEMENTS DU CONTEXTE LIBYEN

- Pays d'Afrique le plus développé si l'on se réfère à l'Indice de Développement Humain (0,840),
- Produit Intérieur Brut le plus élevé d'Afrique ;
- Benghazi a toujours été le parent pauvre, une ville délaissée par le régime contrairement à Misrata, puissance économique.
- Concernant les conséquences du conflit dans les villes, peu de dégâts à Tripoli et Benghazi contrairement à des villes très affectées comme Brega, Ajdabyia, Syrte, ou Misrata.

La population libyenne est principalement localisée sur la bande côtière, surtout urbaine, dont les 2/3 sont à l'ouest et 1/3 à l'Est. La moitié de la population libyenne à moins de 15 ans. Un Islam modéré prévaut, mais dans une société très conservatrice surtout dans l'Est, très traditionnel. Les femmes dans l'est du pays portent toutes un foulard et souvent un voile, la plupart une robe noire. La société est très imprégnée culturellement.

Suite au conflit, 400.000 personnes seraient sans maison dans le pays.

200.000 personnes déplacées autour de Benghazi (depuis juillet 2011) rentrent peu à peu chez elles, sauf dans des lieux très détruits comme Brega, Ajdabya, Misrata, et Syrte. Elles restent toutefois nombreuses encore autour de Benghazi, soutenues par le Libyan Red Crescent et le Programme Alimentaire Mondial. Le nombre important de personnes disparues ne cessent de croître: le Libyan Red Crescent effectue un travail de recherche et de mise en lien des familles séparées.

L'ancien régime ne reconnaissait pas les associations. Aujourd'hui, dans la dynamique révolutionnaire, une centaine d'associations à vocation humanitaire est déjà recensée dans l'Est et l'on pressent une forte participation communautaire, pas toujours très organisée.

Au niveau politique, la situation est encore très volatile. Les changements de postes à un haut niveau sont permanents. Au niveau de la Santé, le Ministre actuel pourrait ne pas être reconduit. Une organisation bicéphale de Ministère de la Santé (Benghazi, Tripoli) s'organise. Il y a une demande forte de propositions d'actions à court terme pour les blessés de la révolution.

LA DEMARCHE

Nous avons pu visiter les hôpitaux, les services de physiothérapie et les centres de réhabilitation dans les villes suivantes: Tripoli, Misrata, Benghazi, Al Marj, Al Beida, Darnah, Ajdabya.

Dans tous les hôpitaux, et dans la mesure du possible, la démarche a été la suivante :

- Entretiens avec des infirmiers et des « volontaires », une infirmière chef, des médecins et la Direction, ainsi que le personnel du service de physiothérapie.
- Visite des services concernant le « circuit du patient en traumatologie » : urgences, réanimation, chirurgie générale ou orthopédique, bloc opératoire, salle de diagnostic, service de physiothérapie.

Dans une situation d'après conflit, la prise en charge des personnes en situation de handicap, en particulier celles victimes du conflit, est emblématique d'un retour à une vie « normale ». C'est le signe de la réconciliation nationale, quand tous sont pris en charge. C'est aussi la possibilité d'introduire un regard différent sur les personnes en situation de handicap, certaines d'entre elles étant les héros d'un conflit faisant date dans l'histoire du pays. Cela se confirme en Libye où l'enjeu d'apporter un support à ces jeunes gens, combattants inexpérimentés au départ et qui ont lutté durant près de sept mois, est fort. Il faut donc garantir la prise en charge médicale et la rééducation fonctionnelle optimale aux blessés, aux mutilés ; et/ou l'accompagnement psychologique et social dont la plupart ne manquera pas d'avoir besoin.

Il importe cependant de ne pas se limiter à la prise en charge préférentielle des victimes du conflit, mais bien plus de considérer les besoins de toutes les personnes concernées, quel que soit le type de leurs déficiences. Il semble également essentiel de considérer les traumatismes familiaux, ceux des enfants en particulier dans certaines villes qui ont le plus souffert des combats (Misrata et Syrte, entres autres).

La prise en compte de l'avis des personnes concernées elles-mêmes, via leur représentation associative si elle existe, pour prendre en compte au plus tôt leur parole et faire remonter leurs aspirations, a guidé ce travail d'évaluation. Mais plus de quarante années de totalitarisme n'ont pas permis que se développe un mouvement associatif fort et structuré, automatiquement perçu comme un contre-pouvoir et un danger. Quoiqu'il en soit nous avons pu contacter un certain nombre de ces personnes et associations, sans prétendre à l'exhaustivité.

LES LIMITES

Les risques et les hypothèses de travail ont été posés en amont de cette mission et nous pouvons répondre en synthèse :

Conditions identifiées en amont	Sur le terrain
Le gouvernement de transition accepte ce travail et autorise l'accès aux différents services et personnel responsable	Condition acquise mais requiert un temps de rencontre et d'explication, l'appui et la participation de personnes (ou proches) du CNT
Les conditions politiques et de sécurité sont stabilisées	Condition quasiment acquise pour la sécurité, la stabilité politique est actuellement acquise bien que volatile au sein des ministères.
Les acteurs impliqués acceptent ce travail et la présence d'évaluateurs.	Acquis mais il convient de préciser les raisons, les enjeux d'une telle évaluation
Cette évaluation est financée et les moyens de transport sécurisé et de communications sont à disposition de l'équipe.	Condition réalisée avec le support de la cellule de crise
Les autorités et les acteurs acceptent de s'engager dans une dynamique de changement à moyen et long terme.	Telle est la position énoncée des acteurs politiques rencontrés, mais évidemment tout reste à faire, et ce n'est pas simple.
L'accord des personnes concernées et des associations lorsqu'elles existent	Condition acquise
Les évaluateurs arabisant sont acceptés par leurs collègues libyens	Condition acquise

Le temps a été la principale limite à cette mission. Initialement, il nous a semblé possible de pouvoir circuler, sinon librement, du moins facilement dans un pays en situation de conflit. Mais très rapidement, et c'est heureux, le succès de la révolution libyenne a amené le CNT à restaurer la maîtrise des fonctionnements institutionnels, et donc à réguler les visites des délégations et des diverses missions. Nous avons donc vécu quelques retards dus à cette nouvelle régulation. L'absence d'un temps de préparation en amont (tel que prises de RDV, validation des autorisations, des contacts, etc..) n'a pas facilité le déroulement des opérations de terrain. Mais ajouter une phase préparatoire supplémentaire aurait reporté d'autant la mission. Le succès de la mission aurait été entravé par la lenteur et la complexité à la mettre en œuvre alors que le pays était encore en guerre.

Quoiqu'il en soit ce travail, qui s'est concentré sur deux zones, la Tripolitaine et la Cyrénaïque, n'a pas prétention à couvrir l'ensemble du territoire, ni à soulever l'ensemble des problèmes complexes qui aujourd'hui se posent aux personnes en situation de

handicap. Dans le bouleversement actuel du pays notre équipe et notre mission ne représentaient pas une priorité, ou tout au plus, n'était qu'une priorité parmi d'autres pour beaucoup de nos interlocuteurs. Il y a donc eu de grands laps de temps passés à obtenir des RDV pour rencontrer les personnes clefs et visiter les centres concernés.

Les difficultés de communication entre Benghazi et Tripoli, qui parfois nécessitaient de relayer les informations par la France, n'ont pas facilité le déroulement de cette mission.

En résumé, hormis quelques contraintes de temps et d'organisation, n'ou n'avons pas rencontré de blocages majeurs empêchant la réussite de cette mission.

1 – ETAT DES LIEUX GENERAL

1.1 - Situation générale constatée

La Libye est un vaste pays de la rive Sud du bassin méditerranéen dirigé depuis plus de quarante-deux années par le Colonel Kadhafi et ses proches. Les abondantes ressources du pays ont été confisquées par l'équipe, ou plutôt par la famille dirigeante, et s'il ne s'agit pas d'un pays pauvre, on peut dire qu'il y a des populations pauvres et surtout que les politiques sociales et de santé, indépendamment des investissements matériels réalisés, ne sont que peu efficaces.

Contrairement aux autres pays arabes en révolte contre leurs dictateurs, la Libye a reçu le soutien des forces aériennes de l'OTAN, sur la base d'une résolution des Nations Unies. Malgré d'importants moyens engagés, le conflit a duré sept long mois, et dans certaines villes du pays (Misrata, Syrte, entre autres..) a été extrêmement destructeur pour la population libyenne.

Inexpérimentés, les révolutionnaires partis de Benghazi ont mobilisés progressivement une grande partie de la population. De nombreux jeunes gens se sont ainsi retrouvés les armes à la main face à une résistance parfois acharnée. Les combats n'ont pas été faciles et la population civile a bien souvent été prise dans la tourmente. Des rapports oraux font état de violences infligées (viols, castrations, assassinats de familles etc..), mais pour l'instant ces faits n'ont pas été documentés officiellement.

Aujourd'hui le soulagement général est perceptible, et même s'il est probable que subsiste ça et là des nostalgiques de l'ancien régime, la tendance est à l'euphorie et se manifeste par de nombreux « tirs de joie » (qui ne sont pas sans danger). Des armes circulent, les zones de bombardements et de combats sont encore minées ou polluées par des munitions non explosées. Des véhicules de type pick-up surmontés de mitrailleuses circulent en ville, ainsi que des hommes armés. Mais les cités se remettent à fonctionner avec leur cortège d'embouteillages, les magasins sont ouverts ainsi que les restaurants, les infrastructures se réorganisent et l'administration tente de reprendre son rôle.

Les hommes d'affaires reviennent, et sollicitent beaucoup les nouveaux responsables du pays qui eux se trouvent confrontés à la nécessité de faire fonctionner un Etat, auparavant dépourvu de réelles institutions. Il leur faut gérer une situation de fin de guerre, la nécessaire

dissolution des brigades de combattants avec restitution des armes, la mise en œuvre rapide des conditions d'une réconciliation politique nationale et l'écriture d'une constitution, tout en soutenant les actions de reconstruction (ou de construction) des services publics. Bref, ils s'attèlent à une tâche immense associée au péril de décevoir une population en attente et d'entraîner le pays vers d'autres désordres.

Les contacts avec les libyens sont d'une grande cordialité, particulièrement vis-à-vis des ressortissants français, et la motivation semble bien présente pour construire au mieux une nouvelle Libye. Mais les dirigeants souhaitent garder la main, en évitant les vastes programmes humanitaires et/ou les coopérations internationales qui les dessaisiraient de leurs responsabilités.

Les demandes portent plus sur de l'appui technique complémentaires, de l'accompagnement et du transfert de savoir-faire spécifique, sachant d'une part que la formation des cadres libyens dans les domaines clés est excellente, et que d'autre part le pays possède les ressources nécessaires à sa reconstruction.

LES PRINCIPAUX ACTEURS REPERES

Dans ce contexte de post conflit, différents acteurs sont actuellement sur le terrain, en plus des services gouvernementaux libyens, qui de façon variable n'ont pas cessé leurs activités durant le conflit. Sont présentes sur le terrain les organisations internationales, celles de l'aide d'urgence, mais également des ONG internationales et les représentations de pays tiers, en particulier la France, qui travaillent avec le gouvernement de transition. La situation apparaît cependant, au moment de notre présence sur le terrain, assez imprécise. Un nouveau premier ministre a été nommé le 31 octobre avec l'objectif de composer un premier gouvernement. Ce qui veut dire que les interlocuteurs que nous avons rencontré avant cette date (Ministre de l'Intérieur, Ministre de la Santé), qu'ils soient reconduit dans leurs fonctions ou pas, n'ont pas pu être très disponibles pour des sollicitations ultérieures.

LE MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES

Le Ministère des affaires sociales est l'autorité gouvernementale ayant actuellement la responsabilité principale sur les questions de handicap. Son Fond de la Solidarité Sociale, avec le Bureau des personnes handicapées, fournit des services sociaux ainsi que des services de réadaptation physique dans les centres de Benghazi, Marj, Misrata et Tripoli (toutefois, actuellement ce dernier ne fonctionne pas). Elle verse également une allocation d'invalidité de 130 LYD² à des personnes handicapées au chômage et parfois un supplément pour une assistance personnelle. Pour des raisons inconnues, les personnes aveugles, sourdes et/ou handicapées mentales sont exclues de ce dispositif de soutien.

LES ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES

Des groupes, prémices d'Organisations de Personnes Handicapées (OPH) ont été autorisées au cours de l'ancien régime, mais elles ne pouvaient pas parler ouvertement des besoins des personnes en situation de handicap ! En outre, collaborer ou recevoir des fonds d'organisations étrangères était interdit car, officiellement, elles étaient soutenues par le gouvernement. Soutien qui n'était finalement jamais apporté. Les OPH ont été utilisées comme un faire-valoir gouvernemental. Par conséquent, d'après la Société nationale du

² 1 Dinar Libyen équivalait à 1,5€

handicap, les enjeux de ces OPH étaient instrumentalisés. La seule OPH qui semble avoir eu un bon fonctionnement est la Jamahiriya, Association des aveugles, qui était également fournisseur de services (écoles pour aveugles).

Des ONG créées spontanément pendant la révolution ont fourni une aide massive pour les populations dans le besoin et vont certainement continuer à être un atout important dans la (re-) construction de la Libye. De nouvelles OPH commencent à s'établir, y compris avec une nouvelle organisation centrale. On peut espérer un meilleur fonctionnement que par le passé. Elles devront être impliquées dans toute planification et le suivi du secteur concernant le handicap et la réadaptation. Pour cela, elles sont susceptibles d'avoir besoin d'aide pour développer leurs capacités.

1.2 - Situation du système de santé³

Le pays est divisé en trente-trois provinces (Shabia), avec depuis quelques années une dynamique de décentralisation et une tentative de renforcement des soins de santé primaire.

Le dernier document stratégique 2005-2009 de l'OMS pour ce qui concerne la santé fait état de carences importantes du système existant en particulier :

- Le déficit managérial,
- La faiblesse des institutions pour mettre en œuvre les programmes de santé,
- L'absence d'un système d'information,
- L'insuffisance des budgets alloués à la santé (moins de 3% du PNB) et l'absence de système assurantiel,
- Une préoccupation sérieuse concernant le SIDA et l'hépatite,
- L'augmentation des maladies non transmissibles, cardio-vasculaire, diabète, cancers,
- Une mortalité routière importante,
- Une mauvaise distribution des ressources humaines et peu d'investissement et pas de formation continue des personnels,
- Une absence de dispositif de recherche et de développement,
- Un approvisionnement en médicaments et consommables non adapté,
- Les indicateurs de santé sont peu performants au regard du nombre des professionnels de santé existant (1 médecin pour 500 à 700 habitants selon les zones).

Ces dernières années, une pratique privée s'est développée cohabitant avec plus ou moins de cohérence avec le service public. Dans le cadre des services publics les soins sont gratuits, mais d'importantes lacunes sont notées dans l'efficacité du dispositif, dans l'absence de formation continue des professionnels, voire même dans la formation initiale des professions paramédicales, infirmiers en particulier. Finalement de nombreux libyens (issus des classes sociales les plus aisées) vont se faire soigner à l'étranger ce qui fausse les statistiques puisque l'argent personnel que ces personnes investissent en dehors des frontières n'est pas comptabilisé dans l'investissement des personnes pour leur santé. L'Etat libyen pouvait ainsi prétendre tout payer.

L'usage et la maîtrise des outils modernes d'information ne sont pas encore généralisés et il est difficile d'obtenir des données précises et fiables. Cela est lié au faible niveau du

³ Country Cooperation Strategy for WHO and the Libyan Arab Jamahiriya 2005-2009

personnel infirmier qui se trouve à la source de la collecte d'information. Les cloisonnements nombreux, les déficits de transmission, l'absence de cadres intermédiaires dans le système de santé, sont autant de freins ajoutés à une bonne collecte et une circulation efficaces des informations.

Ces lacunes se retrouvent au niveau des dossiers personnels des patients, aussi bien dans les prescriptions de consignes que dans les éléments plus généraux de compilation des données qui n'autorisent pas une analyse fiable des situations.

Les éléments chiffrés sont également incertains au niveau des Ressources Humaines, il est souvent difficile de savoir combien de personnes travaillent réellement dans une institution. Le nombre de personnes rémunérées ne signifie pas un nombre équivalent de travailleurs dans les services.

Conscient de ces lacunes, le CNT entend bien y remédier et s'y est engagé dans un document stratégique⁴ publié en Juillet 2011 qui décrit les priorités de Santé Publique résumés dans le tableau suivant :

Constats du CNT	Commentaires
Prévenir les accidents liés aux mines antipersonnel et aux munitions non explosées	Des programmes fonctionnent actuellement à Benghazi, Misrata (HI)
Le système d'information est quasiment inexistant ainsi que le dispositif de surveillance et d'alerte sanitaire	Il s'agit d'un projet complexe à mettre en œuvre rapidement avec des résultats à moyenne ou longue échéance.
L'accès aux traitements adéquats pour les patients souffrant de pathologie chronique n'est pas assuré et ils vont se faire soigner à l'étranger	A priori, espoir de retour à la normale avec la stabilisation du pays
Il n'y a pas de services de réhabilitation permettant l'appareillage, la rééducation et le soutien psychologique pour les mutilés de guerre	A Benghazi, le CICR a renforcé un service existant. De nombreux blessés ont été envoyés dans des pays étrangers. Le renforcement des services à Tripoli est une priorité
Les programmes de santé publique communautaires sont faibles ou inexistants	Projet au long cours dépendant d'une politique de santé publique à mettre en place
Fonctionnement des services de Santé	
Les projets de santé publique, déjà faibles avant le conflit, sont démunis et d'une façon générale les équipements sont obsolètes, non maintenus, la distribution et le stockage des médicaments sont incohérents, voire dangereux	Projet au long cours à mise en œuvre immédiate dépendant cependant des choix politiques de santé publique, de décentralisation et de transferts de responsabilité

⁴ LIBYA EMERGENCY MEDICAL & HEALTHCARE PLAN 26 JULY Version 14 17:43 BST 26.07.11

Ressources humaines

Manque crucial d'infirmiers en général et pour les services spécialisés en particulier.

Les infirmiers sont dévalorisés, les pré-requis de la formation très faibles, ainsi que les niveaux de salaire

Manque de médecins spécialistes

Ils font défaut en Libye, parce qu'ils exercent à l'étranger par manque de perspectives dans leur pays d'origine

Finances

Seule, une part minimale du budget a été disponible depuis février pour assurer les besoins essentiels en consommable. Le paiement des salaires a été reporté.

La priorité est de soigner les blessés de guerre.

Projet à court terme aujourd'hui bien engagé

Restaurer les stocks de consommables et les équipements

Projet à court terme, bien assuré seulement dans certaines zones

Recruter des médecins spécialisés supplémentaires et des infirmiers.

Demande à court et long termes.

Evaluer les besoins de la population et créer un système de collecte d'information pour programmer les activités et les réponses internationales.

Projet à court, moyen et long terme, fait dans certains endroits, mais en l'absence de système d'information fiable, les chiffres collectés restent très peu fiables.

Garantir la réactivité du système de santé

Projet à moyen et long termes

Assurer la réhabilitation physique et psychologique des patients blessés.

A court terme. Déjà engagé, soit à l'étranger, soit dans certaines zones.

Au niveau central, renforcer les capacités du Ministère de la Santé, en management, en système d'information et en formation

Projet urgent, effet à moyen termes

D'une façon générale, il semblerait que le dispositif de santé du pays souffre depuis longtemps de l'absence d'une politique globale et cohérente, d'un déficit managérial, d'une anarchie des acteurs entre les services publics, le secteur privé et les ONG. La guerre de ces derniers mois a sûrement contribué à ce que ces dysfonctionnements s'amplifient.

Avant même le conflit, les recommandations de l'OMS enjoignait le pays à s'engager sur une refonte importante de son système de santé.

1.3 - Généralités sur les personnes en situation de handicap et leur situation en Libye

Question préalable, qu'est-ce qu'une « personne handicapée » ? (Rappel théorique issue de l'étude de l'Union Européenne sur la place du Handicap dans les projets de développement

2009 / 2010, étude coécrite par Peter Collieridge, Dominique Steverlink and Claude Simonnot.)

« Ces personnes constituent un groupe très diversifié. Le handicap est un terme relatif, qui se réfère à l'interprétation de la notion « d'activité normale » qui varient d'une culture à une autre⁵. Il existe différentes formes de déficiences à prendre en compte allant de difficultés sévères de fonctionnement à des difficultés très légères. Définir les situations de handicap⁶ et leur seuil, varie selon que l'on souhaite mettre en place des pensions d'invalidité, rendre les services publics accessibles, ou concevoir un programme d'éducation intégrant les personnes handicapées⁷. »

« L'établissement d'une définition universelle du handicap est donc extrêmement problématique. La CDPH (Convention des Nations Unies pour le Droit des Personnes Handicapées) évite cet écueil et dit simplement :

*Par personnes handicapées on entend des **personnes** qui présentent des **incapacités** physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'**interaction** avec diverses barrières peut faire **obstacle** à leur pleine et effective **participation** à la société sur la base de l'**égalité** avec les autres. »*

« Bien qu'il ne s'agisse pas d'une définition, cette déclaration identifie les quatre éléments essentiels d'une situation de handicap en tant que problème de Droits de l'Homme, qui sont: (a) une **personne**, (b) une **incapacité** de longue durée, (c) des **obstacles** à la participation créés à la fois par l'incapacité et l'interaction avec l'environnement social et physique, et (d) l'objectif de l'**égalité**. »

« Les personnes handicapées se heurtent à des obstacles à l'intégration.

Bien que les personnes handicapées ne constituent pas un groupe homogène, elles sont unies par l'expérience commune des obstacles à leur pleine participation dans la société. La question de l'exclusion est consubstantielle au sens et à la définition du handicap. Trois types d'exclusion sont identifiables : *comportementale, environnementale et institutionnelle*.

- Les personnes handicapées peuvent être exclues socialement par des **attitudes** de peur et d'ignorance, ou en raison des faibles attentes sur ce qu'elles peuvent réaliser.
- **La discrimination environnementale** se réfère à l'environnement construit et fabriqué (inclus principalement le transport) qui n'est pas conçu pour les accueillir. Sont inclus également les obstacles à l'information et à la communication (personnes atteintes d'incapacités sensorielles).
- **La discrimination institutionnelle** lorsque les personnes handicapées ne se voient pas accordés en vertu de la loi les droits dont jouissent les autres : le droit de voter, de posséder des terres, d'aller à l'école, de se marier et avoir des enfants⁸. »

⁵ Elwan, Ann (1999) : *Poverty and Disability. A survey of the literature*. Unité de protection sociale de La Banque mondiale.

⁶ Trani, Bakhshi and Rolland (2006) : *National Disability Survey in Afghanistan. Vol. 1 Executive. Summary Report. Understanding the Challenge Ahead*. Handicap International.

⁷ Banque mondiale (2007) : *Guidance Note on Disability*.

⁸ Harris, A & Enfield, S (2003) : *Disability, Equality and Human Rights. A training manual for development and humanitarian organisations*. Oxfam 2003.

Accessibilité

« Le principe de l'accessibilité vise à éliminer ou réduire les obstacles qui entravent les droits des personnes handicapées. Accès physique aux bâtiments, mais aussi à l'information, aux technologies telles qu'Internet, à la communication et à la vie économique et sociale. La mise à disposition de services peut permettre d'avoir accès aux lieux de travail, aux espaces de loisirs, aux urnes, aux moyens de transport, aux tribunaux, etc. Sans accès à l'information ou sans la capacité de se déplacer librement, les autres droits des personnes handicapées sont également limités⁹. »

LA SITUATION EN LYBIE

Pour la Libye, cela amène à se poser les questions suivantes :

- Est-ce que la personne en situation de handicap est reconnue devant la loi et est-elle reconnue sur la base de l'égalité avec les autres ?
- La déficience est-elle reconnue et traitée de telle sorte que la personne bénéficie de l'ensemble de ses droits humains et libertés fondamentales, y compris à la réadaptation et la santé, conformément à la CDPH ?
- Quels sont les obstacles à la pleine participation, et pour lesquels on peut raisonnablement attendre de l'État qu'il prenne des mesures pour les éliminer ou les réduire ?
- Quel autre soutien est-il nécessaire pour atteindre la pleine participation et l'égalité avec les autres ?

Comparativement à d'autres pays de la région, il n'existe que très peu d'informations écrites sur la situation des personnes handicapées en Libye. La préoccupation de l'ancien régime pour ces personnes a été très insuffisante, tardive, avec une position de façade. C'est ainsi que la Convention des Nations Unies pour le Droit des Personnes en situation de Handicap (CNDPH) a été signée en mai 2008 par la Libye, mais jamais ratifiée, et les quelques informations disponibles montrent que les éléments de la Convention sont loin d'être respectés.

Les informations tirées des rapports de l'OMS, antérieurs à la révolution, révèlent que les pathologies contagieuses (SIDA et tuberculose entre autres) sont en progression forte. Mais pas autant que les pathologies non contagieuses qui s'étendent fortement ces dernières années, dont les pathologies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les pathologies liées aux accidents de la route (2.000 décès annuels sur la route pour 6 millions d'habitants, ce qui est considérable !).

Ces pathologies sont toutes des facteurs de risque et des déterminants importants des situations de handicap. De même, comme cela se voit dans tous les pays où les systèmes de santé s'améliorent, les difficultés rencontrées lors des accouchements ne sont plus létales mais les enfants qui survivent présentent, pour une part d'entre eux, des séquelles invalidantes. C'est ainsi que dans bien des pays (mais il s'agit d'une assertion à confirmer

⁹ Groupe des Nations Unies pour le développement / Groupe d'appui inter-organisations pour la CDPH (2010) : *A Guidance Note for UN country teams and implementing partners*.

pour ce qui concerne la Libye), la paralysie cérébrale est la seule cause de situation de handicap dont l'incidence est en progression¹⁰.

Le tabagisme est également en progression et source de préoccupation sanitaire importante. Le taux de prévalence des fumeurs est alarmant, particulièrement chez les jeunes. Comme dans d'autres pays du pourtour méditerranéen, l'obésité touche de plus en plus les enfants. On repère une importante prévalence des cécités, principalement dues au trachome et à la cataracte congénitale, et maintenant également liées au diabète.

Les personnes en situation de handicap n'ont que peu d'accès à l'éducation, aux services et à l'emploi. L'environnement architectural et urbain ne prend pas en compte les enjeux de l'accessibilité pour tous.

Dans un contexte de post conflit, la préoccupation majeure porte sur la prise en charge des blessés de guerre, civils et militaires. Ceux-ci, blessés dans leur corps et mutilés à vie, mais également les nombreuses personnes, jeunes combattants, familles, enfants, qui ont subi pendant de nombreux mois le stress du conflit et sont en grande détresse psychologique.

1.4 - Garantir les droits des personnes handicapées

La Libye a une loi (n°5 de 1987) qui protège les droits des personnes handicapées. Elle n'a jamais été appliquée, et les formulations utilisées sont obsolètes. Pour reconnaître les droits des personnes handicapées en Libye, conformément à la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, les lois précédentes auraient besoin d'être revues avec une perspective axée sur les droits individuels et collectifs. La Libye a signé la Convention de l'ONU en mai 2008, mais elle n'a pas été ratifiée, de fait très peu a été fait dans ce domaine par l'ancien régime.

Il n'existe à proprement parlé pas de politique de prise en charge des personnes handicapées dans le pays et il a été difficile de séparer notre travail d'investigation sur la prise en charge des personnes handicapées d'une considération plus large sur le système de santé dans sa globalité. D'une façon très générale (et caricaturale) nous pourrions utiliser une métaphore médicale en disant que la situation, pour ce que nous avons pu en voir, pourrait être qualifiée de dysharmonie évolutive. C'est-à-dire que, dans bien des domaines, les compétences et les infrastructures sont présentes, certaines structures fonctionnent, d'ailleurs bien, mais l'ensemble du dispositif est très loin de répondre à son mandat. La santé en Libye est discréditée par les Libyens, aussi bien par les patients, que par les soignants, souvent otages d'un dispositif kafkaïen, corrompu à bien des niveaux avec des investissements de prestige parfois insensés et souvent incohérents au regard des priorités essentielles de santé publique.

¹⁰ Cf. étude Pierre Morniche, INSERM 1998

1.5 - Situation de handicap et rééducation ; besoins et considérations

LES BESOINS THEORIQUES

En 2009, selon le Ministre de la Santé, il y aurait 69.220 personnes en situation de handicap en Lybie, dont 12.480 souffrant de paralysies and 3.365 d'amputations. En 2010, ce chiffre aurait augmenté à 87.746. Quoiqu'il en soit, ces chiffres seraient faibles si l'on s'en réfère aux estimations de l'OMS qui parle de 15% de la population mondiale vivant avec une forme de handicap, parmi lesquels 2 à 4% confrontés à de graves difficultés au quotidien¹¹.

Si l'on applique ces chiffres à la Lybie, avec une population d'environ 6 millions, il y aurait 900.000 personnes théoriquement touchées par des déficiences mentales, physiques, sensorielles ou liés à des pathologies chroniques.

Toutes ces personnes ne requièrent pas une prise en charge, l'OMS a évoqué par le passé qu'approximativement 1,5 % d'une population nécessite une rééducation, soit pour la Lybie, 90.000 personnes ayant besoin d'assistance en rééducation et réadaptation.

Le nombre exact de Libyens ayant besoin de rééducation fonctionnelle (y compris les prothèses, les orthèses et les aides techniques) est difficile à affirmer en dehors d'une évaluation approfondie. Les estimations de l'OMS indiquent qu'approximativement 0,5 % d'une population aurait besoin de prothèses ou d'orthèses. Rapporté à la population libyenne, environ 30.000 personnes devraient bénéficier d'appareillage orthopédique. Si l'on considère les blessés du récent conflit, ainsi que les nombreux accidentés de la route, le besoin pourrait être plus élevé. Selon un rapport de l'OMS de 2009¹², la Lybie atteint un taux d'accidents de la route record au sein du monde arabe avec 2.138 personnes mortes et 6.850 sérieusement blessées en 2007. Beaucoup de ces blessés ont eu et ont peut-être encore besoin de rééducation fonctionnelle et de réadaptation.

Les appareillages orthopédiques ont besoin d'être régulièrement remplacés. Cela est davantage fréquent pour les enfants en croissance et les adultes en pleine activité, comme ceux qui ont été blessés au cours de la révolution libyenne. La moyenne de remplacement d'un appareillage est de trois années, ce qui veut dire que tous les trois ans, environ un tiers des personnes ayant besoin d'appareillage devront être pris en charge, soit 10.000 personnes annuellement.

Il pourrait y avoir **900.000 personnes en situation de handicap en Lybie.**

Parmi elles **90.000 auraient besoin de rééducation** (beaucoup de rééducation fonctionnelle).

30.000 d'entre elles nécessiteraient un appareillage orthopédique (prothèse ou orthèse).

Chaque année, 10.000 de ces personnes ont besoin d'un renouvellement d'appareillage.

¹¹ *Rapport mondial sur le handicap*, Organisation Mondiale de la Santé, 2011. Ce rapport réactualise d'anciennes estimations de l'OMS (datant de 1970) qui parlent d'une prévalence globale de 10 % environ.

¹² WHO Global Status Report on Road Safety

LA DEMANDE DE SERVICES

Malgré le nombre théorique important de personnes qui pourraient bénéficier de rééducation fonctionnelle et d'appareillage orthopédique, la demande est faible en particulier en matière d'appareillage. Les raisons majeures de cette faible utilisation seraient que les utilisateurs potentiels ignorent l'existence de tels services en Libye, ou qu'ils ne font pas suffisamment confiance au niveau de qualité de ces services et partent à l'étranger trouver ce dont ils ont besoin. De plus, pour les habitants des régions rurales du pays, ces services sont d'un accès très difficile.

Le fait que la demande soit faible ne signifie pas pour autant que les besoins n'existent pas. A l'inverse, c'est une bonne raison pour développer les services de rééducation fonctionnelle, de les rendre plus efficaces, de meilleure qualité quant aux services rendus, et de s'assurer qu'ils puissent servir l'ensemble de la population libyenne. Grâce à une bonne prise en charge en rééducation fonctionnelle, davantage de personnes pourront être aidées pour retourner à une vie « normale », sortir de leur dépendance à d'autres personnes, ce qui apporte un bénéfice non seulement pour l'individu ciblé mais également pour son entourage et sa famille.

Mais en amont, il s'agit d'un droit essentiel de la personne d'accéder aux services de rééducation fonctionnelle à l'appareillage et aux aides techniques comme cela est déclaré dans la Convention des Nations Unies.

Synthèse :

La **demande actuelle** pour des services d'appareillage et de rééducation, **est faible comparativement aux besoins théoriques calculés, ou besoins potentiels estimés**. Cependant la mise en place de services de bonne qualité et accessibles, renforcera la compréhension de l'utilité de ces services. En définitive, lorsque les **services deviennent accessibles (information, utilisation, droits, ..) et opérationnels (qualité, coût, équipement,..) la demande augmente**.

1.6 - Les blessés de guerre

Le conflit a généré un nombre important de blessés mais il est difficile d'obtenir des chiffres précis et les données recueillies sont très variables selon les sources. Les enregistrements sont en cours qui pourraient procurer ultérieurement des précisions utiles.

Il s'agit pour la plus grande partie d'entre eux de jeunes gens, qui seraient 1.900 en Tunisie et dans de moindre proportion dans d'autres pays : Jordanie, Egypte, USA, Italie, France. Nous n'avons pas d'informations décrivant la nature des blessures, ni leur gravité, ni les éléments de pronostics quant au caractère invalidant de ces blessures. Il y aurait plus de mille amputés mais ce chiffre n'est basé sur aucun recueil fiable pour ce qui concerne l'ensemble du pays ; par contre des données plus précises ont pu être recueillies à Misrata et à Benghazi.

Prendre en charge ces blessés est considéré comme un devoir national capital. Comme cela a été le cas lors de conflits plus anciens en Europe et au Viet Nam, on a pu voir à quel point la prise en charge de ces blessés permet un développement des services pour les

personnes en situation de handicap en général, quelle que soit l'origine de leur déficience. C'est ainsi que l'Allemagne et la France, suite aux efforts fournis après-guerre, ont été longtemps des pays leaders dans le domaine de l'appareillage orthopédique.

Cette prise en charge est donc non seulement capitale dans le cadre de la reconstruction de la Libye, mais également permet de renforcer les services qui bénéficieront à tous les citoyens à terme.

Un service d'appareillage et de rééducation a été renforcé par le CICR dans la zone de Benghazi. Il a été question pour le CICR de faire de même à Tripoli, mais les difficultés de fonctionnement de ce centre l'ont amené à la suspension de ce projet.

Quoiqu'il en soit, l'implication du CICR, de par son mandat, n'est envisageable que pour une période courte et de transition. Or, ces personnes aujourd'hui âgées d'environ 20 ans, vont devoir être suivies de façon plus ou moins rapprochée (selon les cas) pendant toute leur vie. Si l'on ne considère que les amputés, avec une espérance de vie au-delà de 80 ans, cela fait 60 années de suivi avec des renouvellements d'appareillage tous les trois ans, ainsi que la mise en œuvre de soins d'accompagnement pour certains. L'impact sur les capacités actuelles de prise en charge est donc important immédiatement mais également dans une perspective de moyen et long terme. Cette réflexion ouvre des perspectives qui dépassent le cadre médical et fonctionnel et touche les questions de (re)insertion professionnelle et de la réadaptation psychologique pour ceux qui en auraient besoin (et pas seulement les mutilés), et de la réadaptation sociale.

LES BLESSES DE GUERRE DANS LE CADRE D'UNE STRATEGIE PLUS LARGE POUR AMELIORER LA SITUATION DES PERSONNES HANDICAPEES

Les blessés de guerre, peuvent légitimement s'attendre à recevoir un traitement de qualité, en grande partie actuellement assuré dans les hôpitaux et établissements de réadaptation à l'étranger, (financé soit par les autorités libyennes - à travers les ministères de la Santé, des Finances ou des Blessés de guerre – soit par des ONG). Si toute l'attention voulue n'est pas portée à ces attentes, il y a un grand risque que le déficit de services disponibles se traduise par le fait que la question de la rééducation devienne la prochaine urgence (une inquiétude exprimée par plus d'un interlocuteur). Autrement dit, quelle serait la viabilité d'un système de santé reposant sur la prise en charge des soins récurrents exclusivement assurés à l'étranger.

Par ailleurs, comme indiqué ci-dessus (chapitre sur les besoins et la demande pour les services de réadaptation), un nombre conséquent de personnes en Libye nécessiteraient des services de réadaptation adaptés. Mais, paradoxalement, pour la plupart d'entre eux ils n'ont pas encore formulé une demande explicite, faute d'avoir accès à ces services dans le pays. À cet égard, la dynamique actuelle centrée sur les victimes de guerre présente une occasion importante pour sensibiliser sur les questions de handicap dans un contexte plus large (à la population générale, aux autorités et aux professionnels travaillant dans ce domaine) et de construire un secteur de la réadaptation qui devienne accessible à tous dans le respect de leurs droits (voir section suivante). Cela a été négligé pendant les 40 ans de l'ancien régime et l'arrivée d'une nouvelle ère peut être une opportunité pour un changement de mentalité et de pratique.

Dans le passé, et encore aujourd'hui, les libyens ont pris l'habitude d'aller se faire soigner à l'étranger, car les services y sont logiquement considérés comme de meilleure qualité. Le secteur de la santé publique a été négligé; les investissements nécessaires dans les équipements essentiels et la maintenance n'ont pas été fait. Les médecins ont le savoir-faire mais faute d'équipements et de consommables, ils ont invité leurs patients à aller se faire soigner à l'étranger, et malheureusement, un cercle vicieux s'est installé:

Peu de services ont été créés → Les patients vont à l'étranger car les services en Libye ne sont pas suffisamment performants → Seules quelques personnes sollicitent des services nationaux → Il n'y a donc pas de besoin d'établir des services dans le pays → Peu de services sont établis → les patients vont à l'étranger, etc.

Il conviendrait de briser ce cercle vicieux en investissant graduellement les fonds actuellement utilisés pour envoyer des gens à l'étranger dans l'amélioration des services nationaux libyens. Il s'agit d'une solution appropriée qui profiterait à long terme à l'ensemble la population libyenne.

LE NOUVEAU MINISTERE DES MARTYRS

Selon des informations de diverses sources, un ministère pour les blessés de guerre a été établi il y a 2 à 4 semaines. Aucune des sources n'a pu nous donner précisément les fonctions de ce ministère.

Commentaire

Il peut être contre-productif de créer un ministère spécial pour les blessés de guerre, même si cela existe dans certains pays. Le risque est de concentrer les services sur une minorité de personnes et qu'au bout du compte l'ensemble des personnes en situation de handicap soit encore une fois laissé pour compte.

Il serait peut-être préférable qu'un département spécial soit créé au sein d'un ministère, mais il est difficile de soulever ce point dans le contexte actuel d'euphorie post révolutionnaire, même si nous avons rencontré des personnalités libyennes en accord avec notre analyse.

APERÇU DES DONNEES CHIFFREES DISPONIBLES

Source	Données quantitatives
Comité International de la Croix Rouge	Mentionne 300 amputés du fait du conflit. A Misrata le CIRC n'en aurait comptabilisé que 20-30.
OMS/Ambassade de France Dr. Dufriche	Blessés de guerre: 50.000, 5 à 6 blessés par jour viennent demander une évacuation vers l'étranger Personnes décédées : 20.000, dont 1.000 en début de conflit Personnes disparues : 40.000
International Medical Corps (IMC)	Blessés de guerre: 30.000. A Misrata: 200 amputés enregistrés pour aller à l'étranger. A Benghazi: 100. En Libye probablement près de 1.000 amputés du fait de la guerre. 400 patients blessés de guerre au Benghazi Médical Center. Mais au total 3.000 blessés de guerre à Benghazi. 25.000 blessés au niveau national.
CNT	

Atelier d'appareillage de Benghazi Dr Adil	1200 amputés en Libye du fait du conflit
Equipe médicale à Ras Lanuf :	Blessés de guerre: 12 500
Equipe médicale à Brega	Blessés de guerre: 17 000 (ville très touchée par le conflit)
Ministère de la Santé	Nombres de personnes handicapés: 87 746 (MdS 2010) Nombre de personnes amputées: 3 385 (MdS 2009) Nombre de blessés à Benghazi : 1500 Nombre annuel de morts par accidents de la route : 2 à 4.000 morts, 4.600 en 2007

Le tableau ci-dessus montre la grande difficulté d'obtenir une vision chiffrée cohérente. L'absence de système d'information rend le recueil de données chiffrées particulièrement ardu et au final très indicatif. Certaines données comme le nombre des blessés accueillis à l'étranger devraient être plus fiables, bien que nous n'ayons pas pu obtenir ces informations en Tunisie de la part des autorités, sans qu'aucune explication ne nous soit fournie.

Par contre, durant le conflit, quatre comités différents ont été établis pour prendre en charge les personnes affectées par les conséquences du conflit :

- L'enregistrement des personnes disparues,
- L'enregistrement des personnes décédées durant le conflit,
- L'enregistrement des civils et des militaires ayant besoin de réhabilitation psycho-sociale,
- l'enregistrement des blessés de guerre.

Après différentes tentatives, par divers auteurs pour compiler les informations sur les blessés de guerre (entre autres le Ministère de la Santé à Benghazi, qui en a enregistré quelque 1.500 qui ont été référés dans les hôpitaux), le premier comité permanent pour l'enregistrement a été établi par le CNT et le Ministre des Affaires Sociales à Benghazi. Ce comité est situé dans le BRC¹³ (mais pas placé sous le management du centre). Il est devenu le bureau national d'enregistrement, dans l'objectif que d'autres groupes dans d'autres parties du pays puissent soumettre leurs chiffres sur les blessés de guerre, y compris à travers de la collecte d'information dans un format différent de ce comité. Cela devrait finalement changer car l'intention de Tripoli est de devenir le bureau principal.

Les rapports sont référés à un bureau du Ministère de la Santé à Benghazi qui, sur la base de ces enregistrements, alloue les opportunités financières de traitement médical à l'extérieur du pays.

Selon des informations non confirmées, le ministère des Martyrs devrait reprendre une partie de ces tâches.

Pour l'instant, 777 blessés de guerre ont été enregistrés dans ce centre à Benghazi (parmi lesquels 67 ont subi des amputations et 15 souffraient de blessure à la colonne vertébrale). Ce travail a été fait par des volontaires (docteurs, travailleurs sociaux et psychologues) et des évaluations approfondies complémentaires ont été faites par des médecins spécialistes à travers des supports de collecte d'information spécialement créés pour cet usage.

¹³ Benghazi Rehabilitation Center

Enregistrement des blessés de guerre à Bayda

Interlocuteur : Ismail El Bashir Trabdsi, membre du Comité directeur.

Une ONG a été créée spontanément dans Bayda par et pour les blessés de guerre. Ils ont commencé un enregistrement plus détaillé il y a 2 mois. Des chambres à l'hôpital ont été fournies et les médecins aident à évaluer les blessures de chacun pour les classer en 3 groupes (A, B et C) selon la gravité et leurs besoins. Cette classification ABC n'est pas utilisée à Benghazi. Le registre est informatisé et partagé avec le conseil local de NTC et ensuite avec le bureau d'enregistrement à Benghazi. 217 individus ont été enregistrés jusqu'ici.

Enregistrement des blessés de guerre dans Derna

Il existe un comité sous la direction de l'hôpital, qui examine les blessés de guerre, tous les mercredis.

LES DEMANDES REPEREES ET EXPRIMEES

D'une façon générale les demandes recensées portent le plus souvent sur un appui technique, une formation ou une remise à niveau davantage que sur la mise en place d'un programme complet.

Dans le domaine qui est le nôtre, il a beaucoup été question des blessés, des martyrs, qui pour une grande part sont en cours de traitement à l'étranger et qui pourraient être pris en charge et en tous les cas suivis préférentiellement à terme au long court en Libye. Il a été également question, mais dans une moindre mesure, des personnes en situation de handicap et qui ne l'ont pas été du fait du conflit.

LES TRAUMATISMES PSYCHOLOGIQUES

La question de la prise en compte, et donc de la prise en charge des traumatismes psychologiques secondaires au conflit est un point important plusieurs fois mentionné au cours de nos entretiens. Il s'agit d'un vaste programme s'inscrivant dans la durée avec un point d'entrée immédiat et fortement emblématique mais aux diverses ramifications dont les Libyens sont parfaitement conscients.

D'une durée relativement brève, ce conflit a cependant été d'une grande violence dans certains secteurs, dans certaines villes. L'incertitude des combats, la prise en otages des populations civiles (ou plutôt leur instrumentalisation en bouclier anti bombardements), les déchaînements de violences sur des familles, envers des enfants, dont les exactions et d'atroces crimes commis, sont autant d'éléments constitutifs de traumatismes psychologiques graves, collectifs dans certains cas, plus individuels dans d'autres, mais qu'en tous les cas il faut accompagner.

Il existe dans le pays, en particulier à Misrata, un dispositif de santé mentale. Des professionnels sont formés sur le soin psychique mais ils n'ont pas l'expérience des situations de guerre et des traumatismes afférents. Ces professionnels ont stimulé la création d'une association à Tripoli, association libyenne qui souhaite s'impliquer dans ces prises en charge. Par ailleurs, une réunion s'est tenue à Misrata les 15 et 16 novembre, avec les acteurs libyens de divers horizons professionnels pour évoquer ces questions.

Les personnes concernées comprennent bien entendu les combattants, mais également les populations civiles, les familles, les enfants et certaines personnes particulièrement exposées (femmes violées, enfants témoins de crimes, prisonniers, soignants, personnes ayant été déplacées dans le pays).

Les professionnels libyens nous ont largement sollicité pour développer des relations avec d'autres professionnels, si possible arabisant, ayant cette expérience de la prise en charge des troubles psychiques secondaires à un conflit armé. Tous les libyens n'ont pas vécu les mêmes niveaux de stress, ce qui permet une distanciation thérapeutique et la mise en place d'un positionnement soignant. Contrairement à ce qui peut se produire dans d'autres pays, où l'ensemble de la population a été exposée, et où il est donc difficile pour un thérapeute de s'abstraire de son propre pathos et garder sa neutralité de soignant.

Quoiqu'il en soit, dans l'histoire de la Libye, cet épisode doit prendre toute sa dimension, dans un cadre plus collectif de telle sorte que l'impensable du traumatisme puisse prendre sens dans le parcours d'un peuple qui se libère. Il ne s'agit donc pas d'une simple question de spécialistes et de psychologues mais d'un enjeu social essentiel, socle pour une solide réconciliation nationale.

1.7 - La Formation des professionnels

CONSTATS ET REMARQUES GENERALES

La Libye faisant appel à de la main d'œuvre étrangère ou formant ses futurs personnels à l'étranger, il n'y a jamais eu de réels investissements en matière de développement de la formation, hormis celle des médecins.

Dans les formations paramédicales, on relève un manque de formation à la pratique hospitalière, la quasi absence de documentation écrite à disposition, peu d'accès disponibles à internet.

Globalement le niveau d'étude des formations paramédicales est faible. Pour les infirmiers et physiothérapeutes, on peut espérer une amélioration avec l'ouverture récente des collèges (niveau bac+ 3 ou 4) et l'enseignement en anglais.

Les objectifs affichés du nouveau gouvernement, qui prévoit d'augmenter le nombre d'infirmiers en formation, ainsi que la création récente de formations initiales pour les éducatrices spécialisées (depuis 1 an), et les assistants sociaux (depuis 2 ans) vont dans le sens d'une amélioration générale. Par ailleurs, on note encore un faible nombre de psychologues formés et aucun technicien orthoprothésiste.

Par contre, il reste des incohérences en termes de planification des besoins. A Benghazi, par exemple, la proportion entre le nombre d'étudiants suivant des études « médicales » et le nombre d'infirmiers en formation serait d'environ **500 étudiants infirmiers pour 5.000 dans le cursus médical**, alors que la proportion devrait être inversée (ces chiffres restent néanmoins à confirmer).

FORMATION MEDICALE

Il y a plusieurs universités de médecine dans le pays (à Tripoli et à Benghazi) car l'enjeu était, avec l'ancien régime, de former beaucoup (voire trop) de médecins¹⁴. Ces universités peuvent être publiques ou privées et posséder des antennes (comme dans l'Est avec notamment Al Beida, Darnah). Les études sont en anglais, et durent 7 ans ; il n'y a pas de concours d'entrée. Nombreux sont les médecins qui sont partis à l'étranger poursuivre leur formation (ou d'autres qui envisagent encore de le faire). La question de créer les conditions matérielles d'exercice qui favoriserait leur retour se pose aujourd'hui.

FORMATION INFIRMIER

La profession d'infirmier a toujours été vécue comme un **sous-métier**, un métier de seconde main, presque honteux au sein de la famille et de la société.

Auparavant, la sélection des infirmiers nécessitait seulement le niveau primaire, puis trois années de formation. Des instituts privés continuent à réaliser des formations sur ce modèle.

La promotion d'un nouveau cursus dont celui développé à la nouvelle école internationale d'infirmiers de Benghazi rehaussant le niveau va peut-être changer ce regard sociétal. Des nouveaux collèges internationaux de formation sont en place et forment de nouvelles infirmières, avec au départ un niveau requis de fin d'étude secondaire (bachelor) et quatre années de formation¹⁵.

Les deux niveaux de formation cohabitent encore et une réorganisation semble s'imposer¹⁶.

FORMATION DES REEDUCATEURS ET APPAREILLEURS

La formation des rééducateurs est aujourd'hui de nature universitaire en quatre années (voir entretien en annexe). Cependant, il s'agit de formation de physiothérapeutes, c'est-à-dire de personnes formées à l'usage des thérapies dépendantes de machines. La formation aux traitements par le mouvement (kinésithérapie) n'est pas suffisamment développée, ce qui fait que dans bien des services, les rééducateurs dépendent des équipements présents, donc de l'entretien et des investissements. Ils ne se servent pas suffisamment de leurs mains priorisant la machine.

Comme pour les infirmières, deux types de formations cohabitent avec cependant une possibilité de master complémentaire. Une nouvelle formation de quatre années commencée au sein de la faculté des techniques médicales, faculté qui, en plus des physiothérapeutes, forme des laborantins, des infirmiers, et des techniciens en prothèse dentaires, en anesthésie et en réanimation, et dont la première promotion date de 1997.

Les Instituts privés, qui requièrent seulement un an et demi de formation, sont de bas niveau.

Plus satisfaisant, les « Technical medical college », instituts publics, existent (selon nos sources) dans 7 endroits du pays, accueilleraient de 20 à 25 étudiants, proposeraient 3

¹⁴ Rapport OMS 2009

¹⁵ A Benghazi : 1ère promotion : 28 (diplômées en 2012), 2ème promotion (en cours): 53 élèves

¹⁶ Les médecins parlent de « qualified nurses » sortant du collège et de « trained nurses » sortant des instituts.

années de formation plus 2 complémentaires pour le niveau master. Ils demanderaient un niveau d'entrée de fin de secondaire et enseigneraient en arabe.

Les premières promotions comptaient en moyenne 250 personnes ce qui fait que le nombre de physiothérapeutes se situerait actuellement aux alentours de 2.500. Théoriquement pour un pays comme la Libye, il faudrait pour 6 millions d'habitants 5 à 6.000 physiothérapeutes (environ 1 pour 1.000) c'est-à-dire le double. A noter que ces physiothérapeutes sont très peu payés dans les services publics.

Avant 1997, une formation était dispensée à Misrata qui ne durait que deux années. Les cours avaient lieu à la faculté Naceur d'éducation physique, et étaient dispensés par des non spécialistes (professeurs d'éducation physique, pas de cours de physiologie, ni de neurologie, ni d'anatomie fonctionnelle etc...)

Pour les techniciens d'appareillage, **il n'y a pas de formation**. Quelques personnes ont été formés « sur le tas » il y a très longtemps, mais elles seraient aujourd'hui âgées et peu qualifiées.

2 – CONSTATS DANS LES SERVICES DE SOINS VISITES

2.1 - L'organisation du dispositif de soins

Les diagnostics posés que nous avons déjà évoqué, en particulier ceux de l'OMS avant la révolution, se confirment lors de la visite des infrastructures, que cela soit en Tripolitaine ou en Cyrénaïque.

La centralisation sur Tripoli est pénalisante pour l'Est du pays et impacte le fonctionnement des hôpitaux (approvisionnement en médicaments, signature de contrats de rénovation d'hôpitaux avec des entreprises étrangères, ...). La Cyrénaïque comprend 20% des hôpitaux du pays et 30% des polycliniques avec une faible capacité d'accueil des structures de soins de santé primaire qui a été encore plus fragilisée par le conflit¹⁷.

La volonté politique des années 1990 d'accès à la santé pour tous par le biais des services de soins de santé primaire a été un échec du fait des très faibles effectifs d'agents de santé, de la faible formation des personnels, d'incohérence des politiques de santé, de la désertification médicale, à cause de la fuite des médecins (quasiment interdits de pratique privée, mal payés, et encore moins dans les services comme ceux des centres de réhabilitation).

La politique des soins gratuits a entravé la mise en place d'une politique assurantielle et d'un réel contrôle des coûts. Il n'existe que très peu de services et de pratiques privés. Pour les structures publiques, l'état paye les charges et les salaires, les consommables et les équipements, sans de réelle politique nationale de santé ni de stratégie consistante de

¹⁷ La Cyrénaïque comprend 2 hôpitaux de soins de santé tertiaires situés à Benghazi (Benghazi Medical Center et Al Hawari hôpital). Les autres hôpitaux sont des hôpitaux de soins de santé secondaires publics et des hôpitaux privés ou des cliniques.

répartition des services ni de recueil d'information. Sans ce dernier, il est quasiment impossible de mettre en regard des dépenses et les actes correspondants¹⁸. Le flou autour du système d'information est entretenu dans la mesure où cela facilite la corruption. La pyramide des structures de soins, allant des dispensaires communautaires jusqu'aux hôpitaux de référence, est très théorique et il n'y a pas de cohérence de répartition des moyens à chaque niveau de cette pyramide de soin (par exemple, très peu de médecins pratiquent au niveau communautaire et avec des salaires modiques).

Les soins sont gratuits à l'hôpital public (traitements, interventions chirurgicales etc.). Cependant, en raison de la pénurie « chronique » de médicaments dans les services, les familles doivent parfois se procurer les médicaments, y compris les solutés, en pharmacie à l'extérieur pour un patient hospitalisé. Certains services ne disposent que du traitement correspondant à la pathologie traitée dans leur service.

Les hôpitaux privés existent depuis peu. Les chirurgiens des hôpitaux publics interviennent dans ces structures indépendantes. Elles ne prennent souvent en charge que des cas « simples et non urgents ».

D'après les patients que nous avons pu interroger, « *le privé, c'est comme le public sauf le prix et l'intimité d'une chambre seule* ».

Des cliniques comme celles du Libyan Red Crescent (capacité de 120 lits), en contrat avec des compagnies pétrolières, traitant à 80% des patients venant de ces compagnies, n'ont pas accueilli de blessés de guerre et ont préféré les orienter vers le service public.

Par contre, les soins y sont gratuits en cette période de conflit.

Il a été constaté qu'il n'y a pas suffisamment de cohérence entre la formation du personnel, l'exigence des soins et l'équipement matériel des services. Le nombre de salariés payés des services ne correspond pas avec les personnels réellement présents au travail.

L'anarchie dans l'accès aux médicaments, la pratique répandue d'auto-prescription et en particulier d'antibiotiques, fait que de nombreuses résistances ont été créées. Certains des blessés du conflit ayant des complications infectieuses meurent faute de trouver l'antibiotique actif. Le manque de discipline intra-hospitalière, l'absence de contrôle qualité au niveau de l'hygiène associés au faible niveau de formation des personnels augmentent l'incidence des infections nosocomiales.

A Benghazi, il existe un entrepôt bien approvisionné à la fois par Tripoli, l'Egypte et la Turquie. Les difficultés actuelles, génèrent une pénurie généralisée à tous les hôpitaux, se situeraient plutôt :

- dans la gestion de la répartition et de la distribution entre les hôpitaux, un acheminement chaotique,
- dans la gestion des stocks (rupture de médicaments essentiels, cartons périmés, inadéquation entre les lieux d'entreposage et là où s'expriment les besoins).

¹⁸ Il n'est pas possible de faire une analyse des ratios lits/RH en raison de la labilité des chiffres qui nous ont été communiqués. Cependant, on notera que le plus gros hôpital est celui qui a le moins de lits ouverts (BMC) et que l'hôpital ayant une grosse activité chirurgicale et traumatologique est aussi le moins bien doté en équipements et infrastructure (Al Jalaa).

De cette accumulation, l'organisation des services est défailante et beaucoup de libyens vont se faire soigner à l'étranger quand ils le peuvent, vendant leurs biens pour payer les soins dispensés en Tunisie ou en Egypte.

Aujourd'hui, en plus de ces difficultés, il n'y a pas de système de tri ni d'orientation dans les hôpitaux et les services : « On prend tout ce qui arrive » dit un médecin à l'hôpital. L'absence de régulation des accès, dans un contexte post révolutionnaire où chacun a le sentiment d'avoir tous les droits, conduit à des intrusions permanentes dans les services, augmente les risques infectieux et d'un certain degré participe au sentiment de désorganisation générale.

2.2 - Les infrastructures

Les hôpitaux sont pour la plupart très bien équipés, ou tout le moins suffisamment. Certains sortent d'une longue période de travaux, restant parfois inachevés. Les hôpitaux nous a-t-on dit sont en permanente réhabilitation¹⁹ et le plus souvent ne fonctionnent que partiellement. Rattrapés par le contexte de la révolution, les hôpitaux ont une capacité de réponse inversement proportionnelle à la demande²⁰. Auparavant, le système de santé s'appuyait sur un dispositif plus réduit en nombre et surtout plus vétuste, il présentait déjà des carences en personnel (sous-effectif et qualification). Aujourd'hui, le système de santé n'a pas encore pris la mesure de cette extension des besoins par manque d'anticipation et de moyens alloués pour y faire face.

Le manque de ressources disponibles en termes de compétences et de moyens matériels (médicaments, consommables) associé à la surcharge de patients et à une gestion inefficace impactent considérablement la qualité des soins et génèrent des conflits patients – soignants.

Que cela soit dans des hôpitaux neufs et bien équipés²¹, ou bien à l'infrastructure vétuste et aux équipements obsolètes²², les structures de santé présentent les mêmes symptômes. Toutes cumulent un manque cruel de moyens, des services surchargés, et néanmoins ont la mission périlleuse de répondre de façon satisfaisante et sécurisée aux besoins de soins immédiats.

La **réhabilitation reste inachevée** dans plusieurs hôpitaux (départ prématuré des entreprises étrangères chargées des travaux). Donc des hôpitaux sont fermés (Darnah) ou partiellement ouverts (BMC, 120 lits sur 1200 possibles). Beaucoup de ces établissements hospitaliers et centres de réhabilitation visités ont été clos pour la durée des travaux pendant de longues années et sont accessibles au public depuis 8 mois, 1 an, voire 3 ans. Malheureusement, les rénovations sont parfois loin d'être achevées²³.

¹⁹ . L'hôpital de Darnah est encore fermé, en travaux.

²⁰ Les 3 hôpitaux dans l'Est représentent une capacité de 2200 lits dont 30% seulement sont ouverts. Les nouveaux hôpitaux comme le BMC ont 15% de leurs lits ouverts.

²¹ L'hôpital d'Al marj

²² L'hôpital d'Al Jalaa

²³ BMC, Al Hawari, Centre de Réhabilitation de Benghazi, centre des enfants handicapés de Tripoli

L'ultra technicité de certains hôpitaux (BMC, Al Hawari, Al Marj notamment) exige un niveau d'expertise en rapport, ainsi qu'un entretien des équipements approprié, or les deux font défaut.

Les dysfonctionnements en termes de management se situent tant au niveau du suivi des patients, de la gestion des ressources humaines, que du fonctionnement de l'institution en lien avec son environnement. Tous les hôpitaux couvrent tous les domaines, depuis les soins de santé primaires à la chirurgie. Il n'existe pas de système établi de référencement des patients et de filtrage des accès.

Les ruptures d'approvisionnement en médicaments et particulièrement en médicaments essentiels touchent tous les services de la chaîne de prise en charge des patients (urgences, réanimation, service de chirurgie, bloc opératoire). Il en est de même pour les matériels et consommables impactant notamment le respect des règles d'hygiène, d'où un nombre inquiétant d'infections nosocomiales.

La gestion des services est difficile pour imposer le respect de quelques règles essentielles (habillage en réanimation, gestion des visites, déplacement des lits hors des chambres...) et canaliser les tensions.

Les **revendications de patients** affirmant leurs droits, leur liberté, leur mécontentement ou exigeant des soins à l'étranger ou une prise en charge de qualité sont fréquents (manifestations dans la rue, manifestations de patients, scènes de violence et tensions entre patients et soignants).

En résumé, l'expertise fait défaut mais les infrastructures, souvent sous exploitées, existent et possèdent un équipement adapté. Les professionnels et les dirigeants requièrent des transferts de haute technologie sans disposer encore des compétences requises. Les ressources humaines sont insuffisantes en quantité, en qualité et en mal réparties sur le territoire et au sein de la pyramide de santé.

LA PRESENCE FRANÇAISE

Dans l'Est, un projet de coopération sur 5 ans (2009-2013) est en cours au Benghazi Médical center (BMC). Le gouvernement français, selon son représentant en poste depuis 3 ans (c'est la seule personne rencontrée avec une telle longévité dans son poste), entend continuer à garder une place significative.

Une société française (DEMOS) assure le management des soins infirmiers depuis 1an et demi au BMC (un seul reste à ce jour à la Direction des soins).

Dans le cadre récent d'une réponse humanitaire de la France (MAE), une équipe médicale française présente au BMC de 14 orthopédistes, anesthésistes, infirmières, logisticien et directeur d'hôpital, a été envoyée en renfort pour la prise en charge des blessés du conflit (forte activité jusqu'à la fin des évènements de Syrte).

La plupart des entreprises étrangères françaises, anglaises ou turques ont quitté le pays lors du conflit.

LES SOINS A L'ETRANGER

Les patients ont toujours eu l'habitude d'aller se faire soigner à l'étranger (Tunisie, Egypte) par manque de confiance dans la médecine libyenne (compétence des soignants, type de médicaments délivrés et disponibilité, qualité de prise en charge) et incurie des moyens thérapeutiques dans les établissements, quitte à vendre leur voiture et leur maison parfois. Pendant le conflit, les mêmes comportements se sont reproduits.

Les hôpitaux n'ont pas toujours les moyens d'assurer leur rôle par indisponibilité de places (notamment en réanimation), ou de traitements, par incompetence (patients trop gravement atteints)²⁴. D'après certains interlocuteurs, ces évacuations médicales apaisent les tensions, tant pour les blessés que les soignants. Elles désengorgent les services. Elles procurent également une visibilité politique positive aux pays accueillants les malades.

Cependant, une prise en charge de qualité à l'étranger n'est pas un gage de garantie. Les patients sont parfois accueillis dans des hôpitaux de faible niveau pour lequel le bénéfice médical n'est pas assuré. La problématique de la prise en charge au retour de leurs séjours à l'étranger demeure une réelle préoccupation des services pour pouvoir répondre médicalement ainsi qu'en termes de rééducation et réhabilitation pour ces patients.

Les pays d'accueil médical : Qatar, Egypte, Tunisie, Turquie, Jordanie et pour l'Europe : Italie, Allemagne et France.

2.3 - Les ressources humaines

Si le nombre théorique des médecins est satisfaisant, beaucoup de ces médecins n'exercent pas dans le pays. Mais la plus grande difficulté des services de santé est le déficit en personnel paramédical, c'est-à-dire les infirmières principalement, mais aussi les rééducateurs, physiothérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ainsi que les psychologues. Un point noir relevé est l'absence de cadres intermédiaires, les cadres de santé entre les médecins et les équipes de soins,.

Les chirurgiens sont plutôt des généralistes. Peu de chirurgiens spécialisés se trouvent sur le territoire surtout en orthopédie, cardiovasculaire, neurologie, en dépit des équipements disponibles. Nombreux sont les médecins juniors ou les médecins sous contrat qui gèrent le quotidien des services ou y assurent des vacations en lieu et place de chef de service.

Le nombre de médecins partis au front a également contribué à faire chuter les effectifs et perturber le fonctionnement des services.

Beaucoup d'étudiants en médecine sont volontaires dans les services, car les écoles et universités ont fermé pendant le conflit. Certains ont reçu une formation accélérée de quelques jours en soins infirmiers pour épauler les services. Ce qui ne suffit pas, surtout

²⁴ Il y aurait plus de deux milles blessés actuellement soignés en Tunisie. Des ponts aériens et maritimes sont opérationnels entre Misrata, Benghazi et Tunis.

dans des services spécialisés déjà fortement carencés. Aujourd'hui, ces anciens volontaires retournent sur les bancs de la faculté.

En conséquence, certains services ont dû être fermés (ex gynécologie et pédiatrie au BMC qui ne rouvriront pas, ventilés sur d'autres hôpitaux). Les autres fonctionnent en sous-effectif. D'après les entretiens, la capacité et la qualité des soins prodigués sont au minimum requis.

Une nouvelle dynamique de formation initiale de niveau supérieur s'est mise en place depuis quelques années avec de nouvelles écoles de médecine et le nombre d'étudiants est important (voire beaucoup trop). Ce (sur)nombre pourrait cependant avoir un retentissement positif sur l'effectif médical si :

- Les salaires sont augmentés,
- Une formation spécialisée et de qualité dans les services est possible,
- Un management des RH se met en place.

Actuellement les médecins choisissent, en premier un départ à l'étranger puis :

- Le meilleur salaire (une activité publique et privée, une activité dans les grandes villes en milieu hospitalier),
- Le plus prestigieux (les hôpitaux des grandes villes quel que soit la domiciliation d'origine des médecins).

Les salaires pour certains (professeurs de fac notamment) auraient déjà doublé depuis l'instauration du nouveau gouvernement. Ce n'est toutefois pas encore le cas en milieu hospitalier.

Les besoins actuels en ressources humaines hospitalières sont estimés à : **500 médecins et 2.000 infirmiers**²⁵ :

Jusqu'à maintenant, l'organisation des soins et des services reposait principalement sur des infirmières étrangères (**12.000** infirmières étrangères en Lybie recensées en 2010 selon l'OMS) et des médecins juniors ou sous contrat. Parmi les infirmières étrangères, un grand nombre venait des Philippines. Au BMC, 600 seraient reparties, rappelées par leur gouvernement. Elles demandent aujourd'hui à réintégrer leurs précédentes fonctions et dans leur pays ont signé une pétition à ce titre.

On note un fort taux d'absentéisme parmi les personnels hospitaliers (pas d'exigence de présence) et un manque de supervision du travail (pas d'exigence de résultats, pas de règles ni de protocoles existants ou en mesure d'être suivi et contrôlé). L'activité professionnelle et le travail nocturne des femmes diminuent ou s'arrêtent avec le mariage et la maternité. De toutes les façons, le travail d'infirmier est un emploi très dévalorisé, par le salaire d'abord mais également par le discrédit culturel qui est attaché à cette profession. Peu de candidats et de candidates et avec souvent un faible niveau scolaire basique ce qui empêche toute collecte d'information fiable à la source²⁶.

²⁵ Source: plan d'action CNT juillet 2011

²⁶ Certaines infirmières ne peuvent pas lire les prescriptions et les notices des médicaments, les feuilles de soins ne sont pas remplies.

Du fait du conflit, les **hôpitaux ne fonctionnent pas en pleine capacité** et tous ont dû réduire drastiquement leur capacité, fermant ou regroupant des services. Certains comme Brega Hôpital ne fonctionnent plus faute de personnel suffisant.

De nombreux services sont en **surcharge permanente** du fait du grand nombre de cas de traumatologie (Al Jalaa, Ajdabya) : blessés de guerre, accidents de la route, mais également car aucune réorientation vers d'autres structures de convalescence n'est mise en place.

2.4 – Les liens entre les acteurs du système

Au sein des établissements on note un manque de coordination et de coopération entre les services et les personnels :

- o Chacun fonctionne comme il l'entend, il n'y a pas de règles, pas de procédures.
- o La communication téléphonique qui repose essentiellement sur les téléphones mobiles des médecins est directement impactée par les problèmes de fonctionnement du réseau téléphonique dont les relais ont été en partie détruits.
- o La disponibilité médicale est réduite : les médecins travaillent sur astreinte l'après-midi, voire dans les hôpitaux privés.

Entre les établissements le tri et le référencement des patients ne fonctionnent pas bien. Il y a une méconnaissance des structures existantes. Parfois l'existence même d'un service de physiothérapie au sein de l'hôpital n'est pas connue des autres services.

Entre les autorités administratives et les établissements, tout semble très cloisonné et la connaissance réciproque des structures est très parcellaire.

Chaque hôpital a son propre système d'administration et sa propre gestion des données sans système informatisé de celles-ci dans la plupart des hôpitaux.

Liens avec les comités d'enregistrement des blessés de la révolution : ces comités sont installés notamment dans les hôpitaux de l'Est (mais n'en sont pas forcément dépendants) et travaillent en lien à la fois avec les médecins des services en amont, et avec le Ministère de la Santé en aval. Gérés par des volontaires, ils reçoivent individuellement les blessés. Ils ont pour but de les enregistrer, de s'assurer qu'une évaluation médicale est effectuée par un médecin spécialiste, de documenter chaque cas, pour définir qui peut se faire soigner en Libye, de mener une évaluation psychosociale et d'offrir ensuite un soutien à travers des psychologues et travailleurs sociaux (exemple de bonne pratique repérée lors de la mission).

2.5 - Les ressources de management

La question du management est probablement l'une des plus déterminantes pour la (re)construction du système de santé en Libye. L'ancien dispositif est aujourd'hui discrédité, alors que peut être, certains fonctionnements mériteraient d'être sauvegardés, ainsi que certains cadres et directeurs. De bonnes pratiques perdurent, en particulier dans les activités spécialisées (chirurgie cardiaque, centre de dialyse rénale) du fait probablement d'un meilleur contrôle technique et des exigences de spécialisation des ressources humaines à

tous les niveaux (de l'infirmière au médecin). Cela démontre, s'il en était besoin, qu'il est possible de faire fonctionner correctement les structures de soins.

Actuellement, quelques nouveaux **directeurs d'hôpitaux** s'imposent et sont motivés. Il restera à valider leur qualification et leur compétence managériale, au-delà de l'enthousiasme post révolutionnaire.

La mise en place de **cadres intermédiaires** permettrait une meilleure gestion des RH, des soins, de l'organisation des services, de décharger les médecins de certaines tâches et de relais auprès de la Direction.

Exemples de bonnes pratiques :

- Mise en place de management des soins infirmiers du BMC (cadre intermédiaires) par une société française Démos,
- Mobilisation et d'implication des RH à l'hôpital Al Hawari avec la création d'un magazine pour et par les soignants de l'hôpital (septembre 2011).

A ce jour, les 3 points faibles de l'encadrement (matrones et chef infirmière) sont :

- o Une affectation à l'ancienneté mais pas toujours en lien avec les compétences,
- o un manque de formation initiale et continue,
- o un manque de délégation de pouvoir.

3 - PLACE DE LA REHABILITATION EN REGARD DU DISPOSITIF DE SOINS

Les services de rééducation fonctionnelle sont très insuffisants dans le pays et il n'y a que peu de personnes qualifiées dans ce domaine, qu'il s'agisse des médecins rééducateurs, des personnel paramédicaux, ou des techniciens appareilleurs. Les seuls services existant sont ceux de physiothérapie dans les hôpitaux, et quelques centres spécialisés qui accueillent les personnes les plus gravement déficientes. Dans les hôpitaux, ces services prennent en charge des patients récemment opérés, des patients souffrant de douleurs lombaires chroniques mais fort peu de personnes en situation de handicap, porteurs de déficiences lourdes²⁷. Ces derniers et particulièrement les enfants sont orientés vers des centres qui pour beaucoup sont soit fermés pour être réhabilités (depuis plusieurs années !!!) soit ne peuvent fonctionner correctement du fait du manque de personnel qualifié.

D'après l'OMS, la Libye disposerait de 25 centres de réhabilitation (recensés en 2009) dont 2 en Cyrénaïque. Très peu sont fonctionnels. Il y aurait 23 médecins rééducateurs en Libye dont 11 en Cyrénaïque. Mais nous n'avons pas pu rencontrer de médecins réellement formés en rééducation fonctionnelle.

²⁷ Par exemple, à l'hôpital orthopédique des traumatisés de la route à Tripoli, le dispositif pour paraplégique de mise en piscine de rééducation n'a jamais été utilisé.

D'après le représentant de l'ambassade de France à Benghazi, la question de la réhabilitation est « *le problème le plus aigu dans l'Est, maintenant et à venir, dont il faut rapidement se préoccuper* ».

Au retour des blessés, le corps médical devra faire face à des besoins de réhabilitation et rééducation fonctionnelle, des besoins éventuels de reprise chirurgicale ou parfois de chirurgie spécialisée.

Les questions de la réhabilitation dépendent du Ministère des affaires sociales. Un nouveau ministère des blessés de la Guerre a été créé. Un doute subsiste encore sur sa place dans le cadre de la réhabilitation ? Rien n'est encore bien défini.

Concernant la place de la réhabilitation :

- Il n'y a pas de lien entre les ministères de la Santé et des Affaires sociales a priori,
- Il n'y a pas de lien entre les centres et les hôpitaux (ils ne se connaissent pas), ni de procédures formalisées.

La situation des ressources humaines dans ce secteur est particulièrement critique en raison :

- D'un bas niveau de connaissances et de compétence des physiothérapeutes,
- De leur nombre très insuffisant, même s'ils sont parfois secondé par des infirmières ayant fait un stage en physiothérapie,
- Du faible nombre de médecins rééducateurs,
- De la pénurie de soignants en général et en particulier dans les centres, notamment en raison de salaires deux fois moindre qu'à l'hôpital, ce qui décourage toute vocations.

3.1 - La prise en charge sociale

La place de la personne en situation de handicap dans la société : il n'y a pas a priori d'allocation spécifique, mais ce point reste à éclaircir car par exemple au centre de réhabilitation de Benghazi, les patients percevraient une allocation de 130 LYD/mois (un peu moins de 100 €). Cette allocation serait également allouée à Misrata.

Le retour à domicile n'étant ni organisé (pas de soins à domicile), ni adapté architecturalement dans les immeubles et maisons, les personnes en situation de handicap sont le plus souvent condamnées à une vie en institution.

L'environnement urbain (et rural) n'est absolument pas conçu pour couvrir les besoins spécifiques en termes d'accessibilité (exemple : le stade de foot en construction à Benghazi ne prévoit pas d'accès adapté aux personnes à mobilité réduite).

3.2 - La prise en charge psychologique

Elle fait théoriquement partie intégrante du projet de rééducation et réhabilitation du patient, mais les dispositifs sont rares dans le pays. Pour les jeunes combattants, comme dans la société libyenne en général, les personnes ne sollicitent pas facilement des prises en charge psychologiques.

Ces blessures concernent aujourd'hui une large frange de la population en cette période de post conflit, à savoir les patients, les familles, les enfants, et les professionnels.

Le conflit a entraîné des problèmes mentaux, tant chez les combattants que chez les civils. Ces personnes auront besoin de la même attention que les personnes ayant une déficience physique. La santé mentale est actuellement principalement prise en charge par des ONG et non par les autorités. Un consultant (de l'OMS) aide le ministère de la Santé à élaborer un plan à long terme pour ces questions de santé mentale. La Société du Croissant-Rouge libyen, la Croix-Rouge et le Croissant-Rouge du Danemark, de l'Italie et de la Palestine vont également travailler aux réponses possibles.

Sur cette problématique, des projets et actions sont menés par :

- MSF France,
- Les comités d'enregistrement des blessés,
- Le centre d'Al Marj,
- Le Libyan Red Crescent visant les populations déplacées à Benghazi venant de Brega, Ajdabya, Misrata (par bateau) a mis en place un projet de soutien psychologique à Ajdabya avec l'expertise des palestiniens et des danois. Ce sera un centre de référence avec un centre de formation²⁸,
- Des associations libyennes se créent pour la mise en place de projets à Misrata, elles réclament un appui d'experts de ce type de situation de post conflit (voir en annexe). Des projets de cellule d'appui psychologique via des services d'appel (call center) pourraient être organisés.

4 - CONSTATS DANS LES SERVICES DE REEDUCATION VISITES

On trouve des services de rééducation au sein de la plupart des hôpitaux, principalement des services de physiothérapie, mais pas ou très peu de services d'appareillage. A Tripoli l'hôpital Janzur possède dans ses sous-sols, entre les archives et l'atelier de maintenance, un service bien équipé mais ne fonctionnant pas. Peu de personnel, pas de formation continue. Ce service n'est pas intégré à la chaîne des soins.

S'il est vrai que certains centres ont été détruits pendant les combats dans quelques zones particulièrement exposées, globalement, il y a davantage de structures non fonctionnelles du fait d'un manque d'organisation, de personnels et de compétences ou bien des centres en rénovation depuis de trop longues années.

Les aides techniques mises à disposition des patients sont obsolètes, et non adaptées pour ce que nous avons pu constater dans nos différentes visites.

Les services ne sont pas suffisamment répartis géographiquement pour être à proximité des besoins, et l'absence de transport public rend ardu, voire impossible, l'accès à ces services par le plus grand nombre.

²⁸ Un projet a été déposé par l'ambassade de France.

DES PROJETS :

- Des unités sont en projet dans certaines zones²⁹, et des transferts semblent prévus dans de nouveaux lieux³⁰ avec un équipement neuf, encore emballé et une équipe.
- D'après le plan d'action du CNT de juillet 2011 « Un centre de réhabilitation est prévu ». Il s'agirait de la construction d'un nouveau centre à Benghazi tandis que le centre existant, fermé de 2009 à 2011 pour des rénovations (dont 10% seulement ont été réalisées), pourrait être réinvesti.
- Autres projets du Ministère des Affaires sociales :
 - o la démolition-reconstruction du centre de réhabilitation d'Al Marj. **Or ce centre est en très bon état, parfaitement équipé. Il ne manque que le personnel** soignant, infirmiers et médecins, pour le rendre opérationnel.
 - o la création d'1 petite clinique de physiothérapie à Al Beida, dans le cadre d'un projet global de 6 petites cliniques sur le pays.

MAIS UN EXISTANT MAIGRE:

- En Cyrénaïque, les deux hôpitaux de Darnah et Ajdabya n'ont pas de service de rééducation en fonctionnement
- Dans l'hôpital de référence en traumatologie de la région (Al jalaa), le service de physiothérapie est vétuste et exigu. L'équipe se plaint d'être dans un service « qui n'en est pas un » et ne peut répondre aux besoins des patients. Ils travaillent surtout au lit du patient jusqu'à sa sortie. L'équipe montre une forte motivation et demande des formations complémentaires.
- Une unité réservée aux blessés de la révolution s'est créée dans un autre hôpital (BMC) avec une ONG, International Medical Corps (IMC) mobilisant les physiothérapeutes de l'hôpital.
- Globalement, le système de prise en charge des patients fait qu'il est difficile d'avoir une coordination avec les chirurgiens (peu de liens après prescription). Il n'y a pas de protocoles de soins, certains centres ne reçoivent qu'un jour sur deux les patients du fait de l'alternance : un jour consacré aux femmes, le lendemain aux hommes. La prise en charge est de courte durée comme celle des séances. Les services reçoivent aussi des patients de l'extérieur, du fait du peu de pratique en ville. Il existe cependant parfois des cliniques publiques ou privées. Concernant les ressources humaines, nous avons pu constater que certains médecins se sont formés à la rééducation pour compenser le faible niveau de formation des physiothérapeutes.

Les problèmes de santé secondaires attendus (rétraction, arthrite, paralysie suite à blessure du nerf sciatique par exemple, destruction articulaire, ...) auxquels sont exposés les blessés du conflit sont multiples. Les amputés ne représentent qu'une petite partie des patients qui auront besoin d'une telle prise en charge.

²⁹ Une unité est en cours d'installation par International Medical Corp au BMC

³⁰ L'hôpital d'Ajdabya

Il y a de fait urgence pour la mise en place d'un projet global de réhabilitation : physique et psycho social. Cela concerne les blessés du conflit mais aussi l'ensemble des personnes en situation de handicap. Il s'agit d'un projet d'envergure répondant aux **besoins actuels et aux carences structurelles héritées du passé**.

SERVICES D'APPAREILLAGE, PROTHESES ET ORTHESES

Il y a deux centres d'appareillage en dehors de celui de Benghazi, tous deux situés à Tripoli : le centre Janzur, où les activités sont limitées en raison des difficultés à obtenir des matériaux et le centre d'Abu Salim du Ministère des affaires sociales, qui a un bon équipement, mais pas de personnel.

Il n'y aurait que 15 à 20 techniciens en prothèses et orthèses dans le pays, la plupart étant assez âgés, ayant entre 40 et 62 ans. Aucun d'entre eux n'a un niveau de formation satisfaisant. De fait, il n'existe pas d'école d'appareillage en Libye.

La technologie qui est privilégiée par ces centres est la technologie allemande (Otto Bock), préférée par les techniciens car plus facile à travailler (les pieds prothétiques sont plus légers) que la technologie polypropylène promue par le CICR.

Le chef d'orthopédie de la polyclinique Mistrata (Dr. Nouredine) et le chef de MMC (le Dr. Traina) nous ont confirmé le nombre de 150 patients ayant subi une amputation à Mistrata. Ces blessés sont tous actuellement en Tunisie, sauf 5 patients encore en ville. Le Dr. Traina a fortement sollicité le ministère de la Santé de la CNT pour obtenir l'argent nécessaire au financement d'une prothèse très moderne. Il ne veut pas d'une simple prothèse bas de gamme : « *nous sommes un pays riche, non pas comme le Zimbabwe* ».

Pour répondre à la situation temporaire de crise et aux besoins immédiats de prise en charge des blessés de guerre, civils et combattants, des actions ont déjà été entreprises par des acteurs comme le CICR à Benghazi, le croissant rouge Libyen et un contrat cadre a été signé avec International Trust Fund et le ministère des Martyrs pour le développement d'actions à Tripoli, à Mistrata avec l'OMS.

Par ailleurs, il convient de souligner que d'une façon générale, le besoin d'orthèses est plus grand que le besoin de prothèses. C'est le cas dans tous les pays, certainement aussi en Libye. Il y a un besoin d'orthèses pour les personnes atteintes de pieds bots, de scoliose, de paralysie cérébrale (IMC), de spina-bifida, et pour les déficiences infantiles. Beaucoup de gens ont également des besoins temporaires d'orthèses à la suite de blessures de guerre : pseudarthroses, lésions nerveuses, dommages osseux, complications post-opératoires et autres traumatismes. Les orthèses sont également parfois nécessaires dans le traitement médical des blessures pour accélérer la récupération et éviter la survenue d'incapacités secondaires.

Le nombre des services de réadaptation présentés dans ce rapport n'est pas exhaustif. À Benghazi, par exemple, il existe un centre de 42 lits, présenté comme un "centre de réadaptation pour les enfants", mais il fonctionne davantage en établissement de soins infirmiers que pour de la réadaptation.

Les services dans le Sud de la Libye n'ont pas pu être visités lors de cette mission, faute de temps.

A Tripoli, le centre de réadaptation Janzur de 100 lits est en rénovation depuis plusieurs années (mais il continue à percevoir des fonds du ministère des Affaires Sociales). Celui d'Abbu Salim est bien équipé mais quasiment non fonctionnel.

LES AIDES TECHNIQUES, FAUTEUILS ROULANTS ET DES BEQUILLES :

De fabrication chinoise, les fauteuils roulants les plus répandus que nous avons vus sont inappropriés pour une utilisation dans l'environnement libyen, car il s'apparente davantage à des « pousse-malades » qu'à des aides techniques au déplacement autonome. Ils ont été livrés dans de nombreux hôpitaux, au Benghazi Rehabilitation Center, mais ces livraisons ont été suspendues du fait du conflit. Les béquilles sont vendues dans les pharmacies.

Il y a un besoin évident de fauteuils roulants qui soient adaptés au contexte national et de techniciens qui soient formés à l'adaptation de ces fauteuils roulants à chaque utilisateur.

L'ERGOTHERAPIE

Il y a très peu d'ergothérapeutes en Libye. Une formation spécialisée est censée commencer prochainement à la faculté de santé générale : formation de 4 ans menant à un baccalauréat ès sciences. Une attention particulière devra être accordée à cette profession et à sa future position dans le secteur de la réadaptation.

LA FORMATION PROFESSIONNELLE

La formation professionnelle, organisée en Libye dans les trois principaux centres de réadaptation, a été interrompue à Benghazi et Janzur, et reste encore très modeste au centre de Marj.

Aujourd'hui, la priorité immédiate en Libye est la réadaptation physique, **mais cela ne sera pas suffisant**. Toute la chaîne des interventions doit être établie avec les articulations et les liens nécessaires entre les services, les échanges d'informations, en partant de la réadaptation physique pour enchaîner sur la réadaptation psychosociale, la formation professionnelle et les mesures de soutien à la (ré) intégration des personnes en situation de handicap dans la société libyenne.

Misrata : une région dynamique

Misrata dans nos différents contacts s'est révélée comme une ville particulière vis-à-vis du reste du pays, avec des initiatives et une organisation qui nous a semblé intéressante pour ce qui concerne les personnes en situation de handicap et leur prise en charge. On peut s'interroger sur le lien entre la puissance économique de la ville de Misrata et son potentiel existant en matière de considération de la problématique du Handicap :

- o soutien aux actions par un fond social de sécurité (« social security fund ») finançant et menant des projets d'envergure,
- o scolarisation d'enfants en situation de handicap,
- o soutien psychosocial,
- o délivrance d'une carte d'invalidité,
- o établissement par une commission du degré de handicap,
- o insertion et intégration des personnes dans la vie professionnelle (en usines),
- o suivi en ambulatoire etc.

LES PLANS GOUVERNEMENTAUX

Le plan du ministère des Affaires Sociales serait de renforcer trois centres de réadaptation: à Benghazi, Misrata et Zintan (environ 150 km au sud-ouest de Tripoli). Cela semble correspondre à des zones géographiques où il y aurait une forte concentration de blessés de guerre. En outre, son intention est de positionner six centres de physiothérapie : à Bayda, Syrte, Nalut et dans trois autres villes.

Le plan conjoint du CNT et du ministère de la Santé (décrit dans le plan de la Santé d'urgence pour la Libye du 26 Juillet) est également d'établir trois centres de réadaptation: à Benghazi (en utilisant des installations existantes), Misrata et Tripoli, chacun d'entre eux avec des services d'appareillage. Il souhaite aussi d'établir un programme de Réhabilitation à Base Communautaire (RBC), concept nouveau en Libye.

En dépit des discussions que nous avons pu avoir avec les différents ministères, il n'a pas pu être clarifié si les deux plans sont indépendants l'un de l'autre ou complémentaires et simultanés. Il n'a pas non plus été possible de connaître clairement la répartition des responsabilités : quel sera le ministère de référence pour le secteur de la réadaptation dans l'avenir ? Cela semble être actuellement en cours de discussion. Il est à noter que beaucoup d'employés de cabinets ministériels de haut niveau ont été remplacés pendant la révolution et que beaucoup de changements sont en cours. Cela signifie qu'il faudra du temps avant que les ministères arrivent à conclure et planifier la mise en œuvre.

L'orthopédie est un des points particulièrement faibles du dispositif de santé. Les centres de réhabilitation, les services de physiothérapie et d'appareillage sont les parents pauvres du système actuel de soins.

5 - PRECONISATIONS D' ACTIONS ET RECOMMANDATIONS

5.1 - Comment répondre aux besoins et attentes des patients ?

Dans le passé, les Libyens étaient employés principalement par l'Etat, et tous étaient rémunérés de façon plus ou moins similaire. Il y avait peu d'intérêt à avoir des initiatives privées. L'économie du pays dépendait essentiellement du pétrole.

Cependant, la Libye a un potentiel qui va bien au-delà de ses ressources naturelles. La population est éduquée, et s'appuyant sur un système économique plus libéral, l'entrepreneuriat privé pourrait s'installer et contribuer à considérablement développer le pays, pour son marché intérieur mais également pour l'exportation, en Europe, de l'autre côté de la mer méditerranée.

Ce moment de l'histoire de la Libye est une opportunité qui ne doit pas être manquée.

Si l'enjeu est important pour le pays, il est aussi complexe. En effet, comme nous avons pu le voir, même si le fonctionnement est insatisfaisant, les équipements et compétences existent dans le pays, au même titre qu'une immense volonté de faire évoluer la situation. Il semble évident qu'une évolution significative ne se fera que dans le cadre d'une planification et d'une réorganisation du système de santé libyen, en d'autres termes par la construction **d'une politique nationale de santé**. Cette refonte peut apparaître comme un frein au vu de la nécessité de rapidement engager des changements, sans pour autant compromettre le futur.

La Libye a un fort potentiel de croissance et l'on pourrait s'attendre à ce que les services de santé, qui sont restés à un niveau très faible (2% du PIB à ce jour), soient considérablement développés et améliorés, et avec eux, le secteur de la réhabilitation et le soutien aux personnes en situation de handicap.

Avant même le conflit, les recommandations de l'OMS invitait le pays à s'engager sur une refonte importante du système de santé. Il en est de même pour les services de prise en charge des personnes en situation de handicap souffrant des mêmes carences structurelles.

Il semble donc important de ne pas dissocier le développement des services de réadaptation fonctionnelle et d'appareillage de la reconstruction du système de santé.

La question des personnes en situation de handicap et de leur prise en charge n'est pas indépendante d'un positionnement fort du nouveau gouvernement libyen au plan du droit des personnes, de la ratification de la Convention des Nations Unies et de l'inscription dans la Constitution et la loi libyenne de ces droits.

Mais dans un premier temps, et dans cette situation d'après conflit et son inévitable désorganisation qui risque de s'étendre sur plusieurs mois, il est important de se concentrer sur la dimension médicale et paramédicale des situations de handicap.

Nous proposons donc une première approche de recommandations en partant des actions politiques qui pourraient être mises en œuvre, puis en les déclinant vers des actions plus matérielles.

5.2 - Au niveau des actions politiques

Il n'est pas question pour nous de dicter sous quelque forme que ce soit le cadre d'une politique de santé publique pour le pays, cela est activement pris en main légitimement par les autorités libyennes.

Il ne s'agit donc là que de recommandations et réflexions qui nous semble-t-il, pourraient contribuer à la réorganisation rationnelle du système de santé dans le pays :

1/LA REVALORISATION DES BUDGETS AFFECTES A LA SANTE³¹, DES SALAIRES ET DES STATUTS:

Des actions sont déjà engagées dans ce sens. Le dispositif de santé ne se construira que si le personnel est correctement rémunéré et que des carrières sont envisageables sans expatriation.

Le dispositif doit également rééquilibrer les disparités salariales en particulier pour les dispensaires, le travail communautaire, les services aux personnes en situation de handicap ou le personnel est moins bien payé.

Acteurs potentiels : le gouvernement, le ministère de la Santé.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et à long terme.

2/REDISTRIBUTION DES SERVICES DANS LE PAYS

Les services se concentrent surtout dans les grandes villes et une harmonieuse répartition dans l'ensemble du pays est à considérer. Il conviendrait également de renforcer les dispositifs dans les zones plus rurales.

Une planification globale est nécessaire pour assurer à la population libyenne l'accès aux services d'appareillage. Le gouvernement aura un rôle clé dans la planification minutieuse nécessaire pour déterminer le nombre de services, le personnel nécessaire, les technologies et les méthodes de travail. La planification exige l'implication d'un grand nombre d'acteurs.

Il serait important pour les ministères clés de travailler de concert à un plan global pour le développement du secteur de la réadaptation, en faciliter l'accès à tous, et répartir les responsabilités entre les acteurs pour ce secteur.

³¹ La Libye dépense seulement 2% du PIB pour la santé en 2008, à titre comparatif, la Tunisie et l'Egypte environ 6%...

- Étudier la distribution de la population pour s'assurer que tous aient accès à ces services de façon équitable, ce qui signifie que les zones du Sud doivent être prises en compte, **que des facilités de transports puissent exister**,
- Renforcer les dispositifs de santé particulièrement au niveau de la base de la pyramide des soins (dispensaires, santé communautaire).
- S'assurer que les services de physiothérapie soient disponibles dans tous les grands hôpitaux (dans le cadre de l'hôpital, ou séparément mais toujours en collaboration étroite avec celui-ci). Du fait de cette proximité, il serait préférable que ces services soient gérés par le ministère de la Santé,
- Faciliter **l'accessibilité physique des services**, l'absence de transport public (et bien sûr de transport public adapté) est une barrière essentielle à surmonter pour accéder aux services.

La participation communautaire devrait être importante dans la reconstruction du pays. Les programmes de RBC³² pourraient jouer un rôle aux niveaux décentralisés. La révolution a déjà montré qu'il y a un grand potentiel de mobilisation des approches communautaires et plusieurs comités ont été établis au cours du conflit.

Acteurs potentiels : les ministères de la Santé, de l'action sociale, les ONG de personnes handicapées.

Partenariat possible avec des experts et des organisations internationales.

Action à mettre en œuvre à moyen terme.

Impacts à long terme.

3/LA MISE EN PLACE D'UN SYSTEME ASSURANTIEL

Le système antérieur de soins gratuits a montré ses limites et surtout généré des dysfonctionnements importants. Les services de soins doivent avoir un prix, car ils ont un coût, une valeur. Mais cela doit s'organiser autour d'un dispositif de tiers payant (système assurantiel privé, sécurité sociale nationale, assurance employeur etc.).

On peut rappeler que c'est à sa libération de l'occupation nazie que la France a construit son système de couverture sociale; il est donc imaginable que la révolution libyenne produise également une organisation similaire. Un tel dispositif est la clef de la mise en place d'un réel management des services, voire d'une privatisation de certains d'entre eux.

Acteurs potentiels : le gouvernement dans son ensemble, les ministères de la Santé, de l'action sociale.

Partenariat possible avec des experts français (Gouvernement, ARS ...).

Actions à mettre en œuvre à moyen terme.

Impacts à long terme.

³² Réhabilitation à Base Communautaire

4/ RENFORCER EN LA CADRANT LA PRATIQUE PRIVEE

La pratique privé avait été autorisée mais de façon limitée. Le développement d'activités de soins privés en complément des structures publiques, et sous le contrôle du ministère de la Santé permettrait, d'une part des opportunités de carrière pour les professionnels de santé libyens, mais également un accès aux soins, surtout couplé avec un dispositif assurantiel. Des sociétés scientifiques professionnelles pourraient ainsi voir le jour et contribuer à l'amélioration de la qualité des soins et à l'éthique des pratiques médicales.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les corporations et associations de professionnels.

Partenariat possible avec des experts pour l'établissement des cahiers des charges techniques de l'appareillage et de la cotation des soins de rééducation.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et à long terme.

5/ PLACER LA QUESTION DE LA REEDUCATION FONCTIONNELLE SOUS L'EGIDE DU MINISTERE DE LA SANTE,

Si aujourd'hui la question des personnes handicapées est sous la responsabilité du ministère de l'Action Sociale, il conviendrait que cette responsabilité soit partagée, voire déléguée pour ce qui concerne les services de rééducation fonctionnelle et d'appareillage. Il s'agit d'un soin qui doit être en lien avec les autres services de santé, la chirurgie bien sûr, mais également la neurologie, la pédiatrie, les services de diabétologie, la cancérologie, des maladies génétiques etc...

Acteurs potentiels : le gouvernement, le ministère de la Santé, les autres ministères, les facultés et centre de formation.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et à long terme.

6/ POSITIONNER LE MINISTERE DES MARTYRS

La création d'un Ministère des Martyrs, comme cela a pu se voir dans d'autres pays après un conflit, fait parfois courir le risque que la question du handicap soit « confisquée » au seul profit des blessés de guerre.

Pour autant, il est important et emblématique de reconnaître le sacrifice de tous ces jeunes gens pour libérer le pays. Mais pour l'instant les responsabilités de ce nouveau ministère ne sont pas clairement établies. Peut-être que son mandat pourrait se construire autour d'une commission interministérielle (Santé, Social, service des pensions, Emploi, Education..) garantissant que les jeunes combattant mutilés soient soignés, pris en charge au long cours,

mais également soutenus psychologiquement, socialement, professionnellement et réinséré dans la société libyenne.

Acteurs potentiels : le gouvernement, les ministères, les associations d'anciens combattants.

Partenariat possible avec des experts des anciens combattants français.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et à long terme.

7/ RATIFIER LA CONVENTION DES NATIONS UNIS POUR LE DROITS DES PERSONNES HANDICAPEES

La Convention a été signée par le gouvernement antérieur mais n'a jamais été ratifiée. Même si des articles de lois prévoient de prendre en charge les personnes en situation de handicap, il n'y a jamais eu de mise en œuvre concrète. L'intégration scolaire et professionnelle est quasiment inexistante³³. Il conviendrait donc :

- o De ratifier la convention,
- o D'introduire les éléments de la Convention dans la nouvelle Constitution et bien sûr dans les lois, avec l'introduction des observateurs du respect de la mise en œuvre de cette Convention,
- o Mettre en place une reconnaissance du statut de personnes en situation de handicap et définir les droits qui y seraient attaché,
- o Mettre en place des actions de réadaptation sociale, (loi, emploi, accès scolaire, accessibilité, design universel etc...).

Acteurs potentiels : le gouvernement, les ministères, les associations de personnes handicapées³⁴.

Partenariat possible avec des experts des Nations Unies.

Actions à mettre en œuvre à court terme (nouvelle constitution).

Impacts immédiats et à long terme.

8/ SE METTRE EN LIEN AVEC LES PAYS VOISINS ET CEUX DU POURTOUR MEDITERRANEEN SUR LE THEME DE LA POLITIQUE EN FAVEUR DES PERSONNE HANDICAPEES

Un certain nombre de pays limitrophes sont engagés dans une politique innovante en matière de droit pour les personnes en situation de handicap, que cela soit au niveau du soin et des services ou bien au niveau des droits, de l'intégration mais également du renforcement de la société civile.

³³ Rencontre avec Mr. Ahmed Raiza paraplégique manager d'un cabinet d'architecture Benghazi

³⁴ Deux personnes clefs pourraient s'impliquer dans les travaux futurs dans le secteur du handicap:

- M. Ahmed Raiza, architecte et consultant en accessibilité
- Mme Samiha Ben Ali, anthropologue, travailleur social

La Libye pourrait s'inscrire dans des relations fructueuses via un réseau avec les pays du pourtour méditerranéen, particulièrement les pays arabisant pour générer une dynamique d'échange.

Cela pourrait commencer par des actions de formations du personnel libyen (voir recommandations suivantes) mais également par des échanges de bonnes pratiques en matière d'intégration professionnelle et scolaire.

Cette thématique des personnes en situation de handicap pourrait être les prémices d'une dynamique méditerranéenne d'échanges et de coopération. Mais cela pourrait commencer plus modestement et concrètement par des appuis techniques, voire l'organisation dans un deuxième temps de colloques de partage des expériences et des pratiques.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les associations de personnes handicapées.

Partenariat possible avec les ministères des pays voisins au Sud et au Nord, des instances internationales, des ONG internationales comme médiatrices et éventuellement facilitatrices.

Actions à mettre en œuvre à moyen terme.

Impacts à long terme.

5.3 – Au niveau du management des structures

La question du management est déterminante et influe sur le fonctionnement des structures et en bout de chaîne le service rendu aux personnes. Le mode de management des structures de soins est un corollaire de l'organisation du dispositif de santé, du niveau de décentralisation et de délégation tant régional que local.

Il dépend également des choix politiques, en particulier du degré d'autonomie de gestion visé pour ces structures et du cahier des charges posé par les autorités de tutelle.

Compte tenu de ce que nous avons pu constater sur le terrain, et encore une fois sans prétendre être exhaustif, nous proposons des pistes de travail qui permettraient d'améliorer la qualité de la réponse aux patients.

1/ MISE EN PLACE DE DIRECTIONS AUTONOMES ET RESPONSABLES

Nous ne reviendrons pas sur les anciennes modalités de management, à la fois coincées dans une dépendance à l'état central et fortement suspectées de corruption endémique. Dans l'immédiate période post-révolution, nous avons pu avoir des exemples concrets de bonnes pratiques³⁵. Il nous semble important que des directeurs qualifiés se voient confier la gestion de ces structures de soins, hôpitaux, centres de rééducation, sur base d'un cahier des charges clair, avec une exigence de gestion, en appliquant le principe de subsidiarité : une capacité décisionnelle et l'obligation de rendre compte.

³⁵ Management de transition suite à la révolution à Al jahalab et Elhawary avec la création d'un magazine pour et par les soignants de l'hôpital (septembre 2011).

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les autorités régionales, les structures en gestion privée.

Partenariat possible de consultants pour l'appui au management hospitalier.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours : lutte contre la corruption des services et revalorisation du soin en Libye.

2/ ORGANISATION DE HIERARCHIES INTERMEDIAIRES, CADRES DE SANTE

Il n'y a pas suffisamment de cadres intermédiaires, et lorsqu'ils existent, leur nomination est souvent du fait de l'ancienneté et pas forcément d'une compétence particulière ou d'une formation spécifique. Or, le fonctionnement des services est grandement facilité par ces cadres intermédiaires. Ils font le lien entre les directeurs, les médecins et les équipes de soignants (infirmiers, sages-femmes, aides-soignants..) et sont garants du fonctionnement des services aux yeux des patients.

Ces cadres intermédiaires sont essentiels à la qualité du service rendu. Pour ceux en poste, une requalification pourrait être organisée et pour pourvoir les prochains postes, des formations devraient être élaborées (voir chapitre recommandations formation).

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les directions hospitalières, les universités et structures de formation.

Partenariat possible de consultants pour la requalification des cadres en poste et la formation.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours.

3/ MANAGEMENT DES RESSOURCES HUMAINES,

Les ressources humaines sont diversement gérées mais bien souvent nous avons pu constater de graves lacunes dans leur management³⁶. Indépendamment des rémunérations salariales (voir plus haut) les questions de la motivation au travail, de la progression de carrière, d'une politique des ressources humaines au sein des hôpitaux et structures de soins doivent trouver des réponses. Les directeurs doivent s'en emparer, s'attacher les services d'un poste dédié à cette gestion des RH. La tâche est importante puisqu'elle touche à l'épuration des postes de complaisances, la structuration des équipes, à l'emploi, à la rémunération, à la formation continue, à la communication interne, à l'organisation des relations dans le travail, à la mise en place d'organigrammes fonctionnels en parallèle de la hiérarchie classique. Bref une petite révolution pour chaque établissement.

³⁶ Différence entre le nombre de personnes payées et les personnes réellement au travail, peu de connaissance des services existants par la direction, pas de plan de carrière, pas d'outils de communication (affichages, documents de communication interne etc....)

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les directions de structures.

Partenariat possible de consultants pour l'appui au management RH.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours : motivation des personnes et revalorisation des soignants.

4/ CONSTRUCTION DES PROJETS DE SERVICES ET MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF INTERNE QUALITE

Les services sont chaotiques et nous avons pu constater bien souvent que les dispositifs d'orientation des patients, de référencement, de liens entre services n'étaient pas satisfaisants. Par ailleurs, les fonctionnements sont parfois défailants comme le montre le nombre des infections nosocomiales, des constats de non-respect des règles d'hygiène, et l'absence de contrôle des traitements³⁷. Il nous semblerait vertueux que les équipes travaillent sur la production d'un projet de service, contribuant ainsi au projet d'établissement et que se mette en place un dispositif de démarche qualité. Cela pourrait se faire à partir de projets pilotes, servant de base à la constitution de référentiels de bonnes pratiques.

Acteurs potentiels : le personnel des services, les directions de structures.

Partenariat possible de consultants pour l'appui à la démarche qualité et à l'écriture du projet de service.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours : amélioration du fonctionnement, motivation des personnels et rationalisation des fonctionnements.

5/ RENFORCER LES LIENS ENTRE LES SERVICES, LES STRUCTURES, LE MEDICAL ET LE NON MEDICAL, L'HOSPITALIER ET LE COMMUNAUTAIRE

Comme nous l'avons constaté, il n'y a pas suffisamment de liens entre services au sein même d'une structure, mais également entre les structures médicales (hôpitaux de référence et santé communautaire) et entre structures médicales et non médicales. Une dynamique d'amélioration des relations et communication inter-services doit être entreprise. Il s'agit d'un enjeu managérial important.

Acteurs potentiels : les directions de structures, les chefs de services, les acteurs sociaux non médicaux.

³⁷ Certaines infirmières insuffisamment formées ne peuvent lire les consignes sur les boîtes de médicaments, gérer les dosages...

Partenariat possible de consultants extérieurs de pays voisins (Tunisie, Maroc,...).

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours : suivi des patients, rationalisation des prises en charge.

6/ SYSTEME D'INFORMATION

Pour le bon fonctionnement des structures, le travail sur le système d'information est l'un des piliers pour l'amélioration de leur gestion. Aujourd'hui, les systèmes d'informations sont quasiment inexistantes et devraient être développés à plusieurs niveaux:

- **Au niveau du dossier patient** : collecte des informations et des données au lit du patient, avec le besoin d'infirmières qualifiées, pour alimenter des dossiers patients cohérents, architecture d'accès et de transmission des dossiers patients, etc...
- **Au niveau de la structure et des services** : produire des rapports de services et de structures mentionnant les flux des patients, les nombres des actes, les pathologies rencontrées, les données sur le personnel, etc...
- **Au niveau national**, production et compilation de données fiables,
- **Au niveau des relations entre établissement dans le pays et au niveau international**: accès à Internet dans les services, participation aux colloques, bibliographie, accroissement des relations professionnelles et participation à des réseaux.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les directions de structures.

Partenariat possible de consultants pour l'appui à l'organisation interne.

Actions à mettre en œuvre à court terme.

Impacts immédiats et au long cours : visibilité du fonctionnement base des choix des politiques de santé, revalorisation des soignants, rayonnement des dispositifs de soin.

7/ GESTION DES REGLEMENTS INTERIEURS, DES ACCES.

L'impression ressentie lors des visites de structures est celle d'un déficit d'organisation. Peut-être que dans l'euphorie révolutionnaire, chacun se sent au-dessus des règles mais il conviendrait de mettre de l'ordre dans ces fonctionnements. La mise en place de règlements intérieurs, d'un contrôle des accès pour éviter des intrusions intempestives³⁸ et permettre que les équipes puissent travailler sereinement.

Acteurs potentiels : les directions de structures.

Actions à mettre en œuvre immédiatement.

Impacts immédiats et au long cours : fonctionnement interne amélioré.

³⁸ Exemple constaté : Entrées inopinées de membres de la famille des blessés dans les services de réanimation

5.4 – En termes de formation et de qualification des professionnels

Comme cela apparaît clairement ci-dessus, la question de la formation des professionnels est une grande lacune des structures de santé en Lybie. Pas tant la formation des médecins que celle des paramédicaux et des infirmiers en premier lieu ; mais également celles des physiothérapeutes. Bien que de nouvelles dispositions aient été prises ces dernières années, les formations des autres paramédicaux sont encore inexistantes ou quasi inexistantes. La demande de soutien en formation a été exprimée très régulièrement par les professionnels libyens rencontrés. Dans certains domaines, comme par exemple la psychothérapie de guerre, l'attente est particulièrement forte.

1/ FORMER DES CADRES HOSPITALIERS ET DES CHEFS DE SERVICE MEDICAUX ET PARAMEDICAUX

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la formation de cadres hospitaliers est une priorité pour le bon fonctionnement des services. Les quelques personnes en charge de ces fonctions ont été nommées à l'ancienneté et donc il conviendrait de leur proposer une requalification. Une formation officielle de cadres de santé devrait être mise en place au sein des structures de formation (facultés, collège de formation...). Ces formations devraient s'adresser à des personnels déjà qualifiés, en poste avec une expérience professionnelle minimale, autorisant ainsi la mise en place de sessions modulaires avec un appui externe.

A noter également que des médecins qualifiés en rééducation fonctionnelle sont présents sur le territoire³⁹ mais nous n'avons pas pu en rencontrer, tout au moins pas dans les centres d'appareillage à Tripoli. Mais peut-être occupent-ils plus des postes de management que des positions cliniques ? Des formations sont à proposer également aux médecins, soit complémentaires pour ceux déjà diplômés, soit initiales pour les plus jeunes potentiellement intéressés. Stimuler le retour des médecins travaillant à l'étranger⁴⁰ paraît également important.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les structures de formations, les directions des structures, la faculté.

Partenariat possible avec de consultants et des formateurs pour des formations professionnelles in situ.

Actions à mettre en œuvre rapidement (incitation au retour des médecins).

Impacts à court et moyen termes : amélioration du fonctionnement des services, de la qualité de soins et promotion des professionnels, médecins prescripteurs formés.

³⁹ Directeur médecin rééducateur : 11 à Benghazi, 12 à Tripoli.

⁴⁰ Ministère de la Santé: "Il y a des milliers de bons médecins dans d'autres pays." 2000 médecins libyens travailleraient en Angleterre.

2/ FORMATION CONTINUE DES PERSONNELS

En plus des formations initiales, des actions de formation continues pour le personnel en poste sont à initier. Elles doivent porter sur des thèmes convenus avec les équipes impliquées, dans la perspective de la démarche qualité (par exemple: la gestion des dossiers médicaux, l'hygiène hospitalière, la prise en charge de la douleur ou bien pour les rééducateurs la prise en charge de l'enfant paralysé cérébral, l'installation assise, l'alimentation des polyhandicapés, etc. ...).

Dans le domaine plus particulier de la psychologie adaptée aux situations d'après conflit, des formations pourraient rapidement être organisées auprès des professionnels libyens par des acteurs arabophones compétents; des contacts peuvent être rapidement pris dans ce sens. Un accompagnement pourrait être proposé, sous des formes diverses: formations ponctuelles, organisation d'un atelier de travail, d'un colloque sur ces problématiques. En Palestine, mais également en France des professionnels arabophones peuvent être mobilisés.

Le croissant rouge libyen est engagé dans cette démarche dans l'Est du pays.

Acteurs potentiels : les structures de formations, les directions des services, les cadres, des ONG libyennes .

Partenariat possible avec des structures de formation, des consultants et des formateurs indépendants.

Actions à mettre en œuvre rapidement in situ, mais dans une démarche concertée avec le personnel.

Impacts à court et moyen termes : amélioration des soins, valorisation des professionnels, dynamique d'équipe.

3/ FORMATIONS DES PARAMEDICAUX SUR UNE BASE EXIGEANTE

Les formations des paramédicaux, pour l'instant les infirmiers et les physiothérapeutes, ont été récemment réorganisées pour qu'elles répondent à des normes minimales, c'est-à-dire avec un prérequis de fin des études secondaires puis trois à quatre années d'études ensuite. Le nombre des infirmiers formés doit être accru pour satisfaire les besoins et interrompre la dépendance à une main d'œuvre étrangère. Une norme qualitative doit être posée, (diplôme national ?) et une évaluation nationale des besoins doit être faite pour une approche quantitative planifiée.

D'autres formations paramédicales doivent être entreprises. Dans le domaine du handicap elles portent sur les ergothérapeutes, les orthophonistes, les appareilleurs. Selon les normes admises⁴¹, un pays de la taille de la Libye aurait besoin à terme de doubler le nombre des

⁴¹ OMS, pays de l'UE, Société Internationale de Prothèses et d'Orthèses

physiothérapeutes (5.000), de former 2.000 ergothérapeutes et 1.000 orthophonistes⁴². Des formations de psychomotriciens, d'orthoptistes sont envisageables dans un second temps.

Des formations en physiothérapie sont déjà engagées et doivent être encouragées. Pour les autres, elles auraient été initiées mais de façon modeste à l'université de Tripoli (à confirmer). Avec un éventuel appui extérieur, elles pourraient être renforcées quantitativement et qualitativement.

Pour les appareilleurs, compte tenu de la spécificité de leur pratique professionnelle, nous traiterons cet aspect séparément.

Acteurs potentiels : les structures de formations, les facultés, les directions des structures.

Partenariat possible avec des structures de formation à l'étranger, des consultants et des formateurs pour des formations in situ, des coopérations avec des pays européens.

Actions à mettre en œuvre rapidement.

Impacts à court et moyen termes : amélioration des services, indépendance de professionnels étrangers et création d'emploi.

4/ FORMATION DE TECHNICIENS APPAREILLEURS

En ce qui concerne les appareilleurs, selon les normes internationales et rapporté à la taille de la population libyenne, 40 techniciens devraient être formés, pour être en mesure de répondre aux besoins de fabrication de prothèses et d'orthèses, formation de catégorie 2 de l'ISPO⁴³ (3 années). Parmi les meilleurs diplômés, quelques-uns pourraient être annuellement sélectionnés pour une formation supérieure catégorie 1 de l'ISPO dispensée à l'étranger. Ce cycle de sélection doterait le pays d'un suffisant et performant après une décennie. Il conviendra de s'assurer que les étudiants soient sélectionnés dans les régions où les services doivent être pourvus.

Ces techniciens formés devront être épaulés par un nombre plus élevé de techniciens d'assistance, moins qualifiés et formé sur le tas⁴⁴. Dans le monde arabe, une formation de très bon niveau est dispensée à l'Université du Roi Hussein en Jordanie, une autre a été organisée en Tunisie mais elle n'a pas encore repris son activité.

Acteurs potentiels : les directions des services d'appareillage, les structures de rééducation et d'appareillage existantes.

Partenariat possible avec des centres de formation à l'étranger (Tunisie, Jordanie pour les appareilleurs), des consultants et des formateurs pour des formations in situ (consultants indépendants, ONG, GTZ, Cambodia Trust), des coopérations avec des pays européens: France, Allemagne, Angleterre, Suède.

⁴² Physiothérapies 1/1000 habitants, ergothérapie 1/2000, orthophonie 1/4000

⁴³ La Société Internationale de Prothèse et d'Orthèses ISPO a défini avec l'OMS les normes internationales pour la formation des techniciens appareilleurs.

WHO Guidelines for Training Personnel in Developing Countries for Prosthetics and Orthotics Services (2004)

⁴⁴ Schématiquement les services fonctionnent avec quelques personnes « applicateur chefs de service » (ISPO niveau 1), des « applicateurs » (ISPO niveau 2) plus nombreux qui suivent les patients, des travailleurs d'atelier qui fabriquent les appareillages.

Actions à mettre en œuvre rapidement après décision stratégique: formation in situ, formation à l'étranger, processus de sélection.

Impacts à moyen et long termes (3 à 4 années) : indépendance des services, suivi des blessés de guerre, amélioration de l'offre de soin.

5/ PARTENARIATS AVEC DES STRUCTURES DE FORMATION DANS LES PAYS ARABES VOISINS POUR DES APPAREILLEURS, ERGOTHERAPEUTES, ORTHOPHONISTES ETC.

Comme nous l'évoquons pour certaines des formations à entreprendre, il conviendra de se mettre en contact avec les possibilités existantes dans les pays proches, arabophones si possible, bien que la pratique de l'anglais soit une quasi obligation pour la plupart des professions concernées.

Des formations existent pour les professions concernées en Tunisie, en Egypte, en Jordanie, au Maroc ainsi qu'en Europe. Certains choix doivent être opérés avant de construire des partenariats. L'université du roi Hussein en Jordanie avait proposé une formation sur mesure pour des appareilleurs irakiens. En Tunisie une formation, pour l'instant arrêtée, pourrait être réactivée, tout cela nécessite de multiples prises de contacts. Idéalement les formations se tiendraient en Libye, permettant un renforcement des capacités de formation interne. La délocalisation des formations se conçoit dans une phase de transition pour des mises en œuvre rapides. L'appui aux formations existantes avec des formateurs extérieurs est également une piste importante à explorer.

Pour le long cours, et pour des formations qui quantitativement ne mobilisent pas un nombre important de personnes (les appareilleurs), une mutualisation entre pays serait une bonne option.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les structures de formations, les facultés.

Partenariat possible avec des structures de formation à l'étranger, des consultants et des ONG.

Actions à mettre en œuvre rapidement.

Impacts à moyen et long termes : amélioration de la qualité des soins, de la compétence des personnels, synergies avec les pays limitrophes.

5.5 - Mise en place de services, investissement matériel, et équipement

Il est tentant de penser qu'une reconstruction partant de zéro puisse être une bonne solution. Cependant de nombreuses structures existent et pourraient être fonctionnelles sous réserve d'une meilleure organisation, de la présence de personnels formés, d'une harmonisation des interactions entre les structures.

1/ RENOVATION DES STRUCTURES DETRUITES PAR LA GUERRE ET DE LA PYRAMIDE DE SOINS

Des hôpitaux ont été démolis lors du conflit et devront être reconstruits, en veillant à respecter une harmonieuse répartition des services, éviter les constructions isolées en dehors d'une planification nationale.

La gestion rationnelle de l'approvisionnement en médicaments et consommables est essentielle pour le fonctionnement des structures de santé. De nombreux dysfonctionnements ont été mentionnés, structurels, ils datent d'avant la guerre et sont à corriger impérativement dans le cadre de la rénovation des structures de soins.

La dynamique de reconstruction actuelle doit également permettre de réactiver tous les échelons de la pyramide de soins, en particulier la base de celle-ci, les dispositifs de santé communautaires, les dispensaires. Désertée par les médecins, le renforcement de ces services de base fortement recommandé par l'OMS avant la guerre, reste aujourd'hui un enjeu déterminant du dispositif de soin. Cela doit être une priorité, en particulier par la revalorisation des salaires pour les personnels médicaux des niveaux les plus décentralisés.

Dans le contexte actuel de prise en charge des blessés de guerre, la mise en place de services de « soins de suite » semble également essentielle. Il s'agit de services de prise en charge des personnes après que leur état soit stabilisé dans une phase de consolidation de leurs capacités physiques et psychiques : cela englobe l'organisation d'une rééducation appropriée, la fourniture d'appareillages et aides techniques, l'organisation d'une réadaptation psycho sociale et la préparation du retour dans leur milieu d'origine. Les adaptations à faire au domicile, l'insertion professionnelle, l'accompagnement social sont des actions qui se mettent en œuvre à partir de ces unités de soins de suite. Ce type de service est un complément indispensable des unités de soins hospitalières, elles interviennent dans leur prolongement pour tous les types d'atteintes de l'intégrité physique.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les autorités régionales, l'OMS.

Partenariat possible avec des intervenants extérieurs (consultants, ONG, entreprises).

Actions à engager immédiatement, en particulier pour les chaînes d'approvisionnement en médicaments et consommables et le renforcement des niveaux décentralisés.

Impacts à moyen et long termes : amélioration de l'offre de soin à tous les niveaux.

2/ FINIR LES RENOVATIONS INTERMINABLES DES STRUCTURES

De nombreuses structures existent et sont en cours de reconstruction, et/ou de rénovation depuis des années. Les chantiers sont souvent arrêtés, pour des raisons qui nous ont échappées, mais ils devraient être rapidement relancés, à moins que de bonnes raisons puissent expliquer ces interminables retards. La structure d'accueil des enfants handicapés à Tripoli par exemple est fermée depuis plusieurs années, sans qu'aucune solution de transition ne soit trouvée. Les enfants vivent donc au sien de leur famille, sans véritables soins.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les autorités régionales

Partenariat possible avec des intervenants extérieurs (entreprises), des consultants.

Actions à suivre.

Impacts à court et moyen termes : amélioration de l'offre de soin.

3/ FAIRE FONCTIONNER LES STRUCTURES QUI EXISTENT, AVEC UN APPUI TEMPORAIRE EN RH DE ETRANGER

Des structures existent, et parfois fonctionnent avec des capacités réduites du fait de l'absence de personnels qualifiés. Cependant ces structures sont parfaitement bien équipées, modernes, et relativement bien agencées. Pourquoi les détruire? Il est possible de finaliser la réhabilitation à Benghazi, ou à El Marj, de bonne conception. Un simple appui en ressources humaines, d'abord expatriées, puis progressivement libyennes permettrait de pallier aux déficiences actuelles avec de réelles perspectives d'autonomie.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les structures locales, les responsables de structures, des entreprises.

Partenariat possible avec des consultants ou des ONG pour accompagner ce processus.

Actions à mettre en œuvre rapidement.

Impacts à court et moyen termes : amélioration immédiate de la qualité des soins, de la capacité d'accueil des structures.

4/ MIEUX UTILISER LE MATERIEL EXISTANT EN COUPLANT EQUIPEMENT ET FORMATION

Les consultants ont constaté que certaines structures sont soit équipées de matériel obsolète et mal entretenu, soit dotées de matériel dont le personnel ne sait pas se servir. Il convient donc de planifier pour chaque structure des niveaux d'équipements requis, des compétences associées nécessaires à leur fonctionnement, de cycles et compétences pour leur entretien régulier et de garantir un flux cohérent d'approvisionnement en consommables.

Dans l'hypothèse que des structures soient à rééquiper, le matériel fourni doit être utilisable par le personnel présent, quitte à éviter le matériel trop sophistiqué. Par ailleurs, la formation complémentaire du personnel confronté à la méconnaissance du fonctionnement des équipements existant est à engager.

Acteurs potentiels : les directions des structures, le ministère de la Santé.

Actions à mettre en œuvre rapidement : partenariat possible avec des consultants ingénieurs et agents de maintenance, avec des entreprises.

Impacts à court et moyen termes : amélioration de la cohérence entre la compétence des personnels et l'équipement, optimisation du fonctionnement des services et donc du soin.

5/ MISE EN PLACE DE SERVICES D'APPAREILLAGE ET DE REEDUCATION SI POSSIBLE A L'EXTERIEUR DES HOPITAUX

Les rares services qui existent ne sont pas suffisants pour aider les quelque 30.000 personnes en Lybie qui pourraient avoir besoin de prothèses et d'orthèses, ni en termes de capacité, ni en termes de couverture géographique. Selon l'OMS, un pays avec une population de 6 millions d'habitants aurait besoin d'au moins huit services d'appareillage et de rééducation de tailles différentes pour faire face aux besoins⁴⁵. Pour la Lybie, cela peut conduire à l'établissement de structures plus modestes dans les régions reculées.

Il y a besoin de sélectionner les technologies et les méthodes de travail appropriées au contexte libyen et aux besoins. Dans le passé, les services ont utilisé des composants allemands, de haute qualité, mais assez chers. A Benghazi, les coûts deviennent trop élevés, même pour un petit nombre de patients. D'autres technologies existent comme celle actuellement utilisée au BRC - technologie polypropylène du CICR, économique et facile à travailler, dans un petit espace de travail et avec un nombre limité d'équipements et de machines. D'autres alternatives existent également, en Europe et en Asie. Toutes les options doivent être examinées, avec une analyse coût-bénéfice pour chacune. Il peut également être possible de combiner les technologies. Il est important de comprendre que le principal facteur déterminant la qualité d'un appareil orthopédique (prothèse ou orthèse) est *la connaissance et les compétences* du technicien. Aussi perfectionnée soit-elle, si les techniciens n'ont pas la compétence requise, le résultat ne sera jamais bon. A l'inverse, un technicien bien formé, peut obtenir des résultats extrêmement satisfaisants avec des technologies moins sophistiquées.

Concrètement, trois services d'appareillage pourraient être rapidement mis en place, l'un à Tripoli qui existe et mérite d'être réactivé (projet ITF), le centre de Benghazi (actuellement soutenu par le CICR) et à Misrata (où l'OMS souhaite soutenir un projet).

Déjà, si ces trois ateliers d'appareillage fonctionnaient normalement, une grande partie des besoins pourrait être couverte. Mais le risque actuel est que, autant ITF que le CICR engagent des actions dans un cadre d'urgence, alors qu'il conviendrait de se projeter dans le long terme. A Misrata, à notre connaissance, aucun opérateur n'est encore identifié

⁴⁵ WHO Guidelines for Training Personnel in Developing Countries for Prosthetics and Orthotics Services (2004)

Ces ateliers devraient être mis en place rapidement mais en prévoyant leur impact à long terme et en pesant les conséquences des choix effectués sur le service offert, la formation continue, et les options technologiques.

Acteurs potentiels : le ministère de la Santé, les structures régionales, le ministère des Martyrs.

Partenariat possible avec des consultants ou des ONG pour accompagner ce processus, des sociétés productrices de composants, des structures de formation à l'étranger.

Actions à mettre en œuvre rapidement.

Impacts à court et moyen termes : prise en charge des mutilés de guerre, amélioration de la qualité des soins.

6/ FAIRE FONCTIONNER LA CONCURRENCE POUR LES CONSOMMABLES ET PRIVILEGIER UNE TECHNOLOGIE NON SOPHISTIQUEE, A LA MESURE DES COMPETENCES PRESENTES DANS LE PAYS

Dans le contexte décrit ci-dessus, il importe de diversifier les contacts avec les fournisseurs pour permettre une variété de solutions proposées dans les centres d'appareillage. Par ailleurs, et dans un premier temps, il faudrait ne pas se ruer sur des solutions prestigieuses et sophistiquées car le personnel sera incapable de les mettre en œuvre. Notre recommandation est donc de rester réaliste, tout en étant exigeant quant aux fournisseurs.

Acteurs potentiels : les structures d'appareillages, les ministères de la Santé et des Martyrs.

Partenariat possible avec des consultants ou des ONG.

Impacts à court et moyen termes : pertinence et amélioration de l'action de soin, de la compétence des personnels.

7/ MISE EN ŒUVRE D'UNE STRATEGIE NATIONALE DE PREVENTION : MINES, PREVENTION ROUTIERE, COMPAGNE ANTI-TABAC, ANTI-DIABETE, ORGANISATION D'UN CENTRE 15 ET D'UNE PRISE EN CHARGE PRECOCE

L'enjeu de la prévention est un fondamental pour le pays car bien peu est déjà fait dans ce domaine. Si l'on se réfère aux chiffres en notre possession sur les accidents de la route, en quelques années le nombre des blessés sur route rivalise avec celui des blessés du fait de la révolution. Il est possible de lancer des campagnes de prévention. Prévention comme celle contre les risques liés aux explosifs disséminés, liés aux armes légères qui circulent largement (et sont encore très souvent observés dans les rues), mais également campagne de prévention sur des cause plus sociales telle que la sécurité routière (vaste programme), la lutte anti-tabac, la lutte contre le diabète.

Par ailleurs, la mise en place d'un centre de secours d'urgence, d'un SAMU à l'image des centres « 15 » en France, permettrait, dans un contexte de traumatologie routière

extrêmement préoccupant, de gérer au plus tôt et au mieux les blessés et ainsi de réduire les séquelles et les déficiences secondaires qu'ils ne manqueront pas de développer.

Acteurs potentiels : le gouvernement, les différents ministères (Santé, Education, infrastructure etc...) la société civile.

Partenariat possible avec d'autres pays, avec l'OMS, des consultants, des ONG.

Actions à mettre en œuvre rapidement.

Impacts à court, moyen et long termes : réduction des facteurs de risques de handicap, changement positif des comportements.

8/ CREATION D'UN OBSERVATOIRE DES SITUATIONS DE HANDICAP (OU UNE ENQUETE NATIONALE)

Comme nous l'avons évoqué plus haut, le système d'information est fortement perturbé dans l'ensemble du pays. La problématique des personnes en situation de handicap est mal connue, mal estimée. Une enquête nationale pourrait être engagée mais c'est un processus complexe, long et coûteux. **La mise en place d'un observatoire des situations de handicap** pourrait être une solution plus efficace, d'abord basée sur le suivi des mutilés de guerre, de leur réinsertion, cet observatoire pourrait ensuite se préoccuper de la scolarisation des enfants, de l'application des lois et règles tirées de la Convention des Nations Unies, de la qualité des services de soins, de la bonne intégration et de la participation des personnes en situation au monde du travail, à la vie culturelle et religieuse (accès aux mosquées), à la vie politique (par l'accès au vote).

Acteurs potentiels : les ministères de la Santé, de l'action sociale, de l'éducation, des Martyrs, de la formation professionnelle, de l'emploi, etc.

Partenariat possible avec des consultants et/ou des ONG, les pays voisins ayant engagé ce type d'actions (Maroc, Tunisie..).

Impacts à moyen et long termes : amélioration de la compréhension des problématiques du handicap, adaptation des politiques publiques dans ce domaine.

CONCLUSION

Vaste programme, il est vrai, mais la situation est complexe et tout est assez étroitement intriqué, en particulier en ce qui concerne la rééducation fonctionnelle imbriquée au sein du système de santé. Ce qui est toutefois le plus important, c'est de garder à l'esprit qu'il convient de redonner confiance au peuple et à ce pays, lui offrir une place sur la scène internationale afin de l'ouvrir au monde extérieur. Les libyens réclament leurs droits, le droit aux soins de qualité pour tous et pour les personnes en situation de handicap en particulier. Tout en aidant les blessés de guerre, les autorités libyennes pourraient également garantir les droits et l'accès aux services pour toutes les personnes en situation de handicap dans le pays. Cela doit devenir un principe directeur pour toutes les actions à prendre dans le secteur du handicap et la réadaptation.

Mais si la porte d'entrée que nous avons privilégié est celle du soin et de la rééducation fonctionnelle, est une voie nécessaire, elle n'est pas suffisante. A partir de cette prise en charge essentielle, un dispositif plus élargi de soins doit se mettre en place, davantage sur les aspects psychosociaux et sur l'intégration des personnes handicapées dans la société libyenne, afin de leur permettre une pleine et entière participation dans la vie du pays.

Peut-être qu'une situation post révolutionnaire est le meilleur moment pour que chacun puisse réclamer la reconnaissance de ses droits. Il est dommage que dans notre parcours en Libye, dans toutes nos rencontres, nous n'ayons pas plus été en contact avec des personnes en situation de handicap, directement concernées, mais nous espérons bien qu'elles deviendront de plus en plus présentes dans la société libyenne.

La question de la prise en compte des personnes handicapées est d'abord et avant tout une question de droit, l'accès aux services de soins ne devant pas être uniquement une pulsion charitable ou de solidarité lors d'événements exceptionnels tel une révolution, mais bien plus un droit reconnu d'accès aux soins, à la prise en charge, à l'insertion sociale et professionnelle. Globalement, les autorités libyennes sont confrontées à de multiples et lourdes tâches afin de s'assurer que les droits de toutes les personnes handicapées dans le pays puissent être garantis :

- o Révision et renouvellement des lois pour protéger les personnes handicapées,
- o Préparation d'une politique sur les questions liées au handicap,
- o Planification détaillée du secteur du handicap,
- o Fourniture de services appropriés.

Ce travail implique des intervenants variés, comme des experts venant de pays où un travail similaire a été effectué mais surtout un acteur essentiel : les personnes handicapées elles-mêmes.

Deux textes majeurs aideront les participants impliqués dans ce travail:

- La Convention des Nations-Unies sur les Droits des Personnes Handicapées,

- Les Règles Standards des Nations Unies sur l'égalisation des chances pour les personnes handicapées.

ANNEXES

1/LISTE NON EXHAUSTIVE DES PERSONNES RENCONTREES

2/FICHES DE VISITES DES HOPITAUX

3/FICHES DE VISITES DES SERVICES DE REEDUCATION

4/FICHES DE VISITES DES SERVICES D'APPAREILLAGE

5/FICHES D'ENTRETIENS

-

ANNEXE 1 : LISTE NON EXHAUSTIVE DES PERSONNES RENCONTREES

- **Libyan Red Crescent** : Dr. Elbanuni Director of the department of operations
- **MoH** : Dr. Néji Barakat, Ministre of health, Dr. Riad Bendardaf, vice-minister of health, Aziz El Bakush Director Department of International Cooperation
- Director of Health Services in Benghazi, Dr. Hassan El Majri,
- **Minister of interior** Mr. Abdelmajid Seif Annasser,
- **Former Vice-Minister of Health:** Dr. Mohamed Moraffaa.
- **NTC, representant of health** : Dr.ElMajri
- **Minister Social Affairs:** Mr. Elgayar , Deputy minister,
- **Design for all** :Mr. Hamed Rida architect and accessibility consultant and Mrs. Samiha Ben Ali, Anthropologist, social worker of BRC and NGO
- **Libyenne Association for Psychological and Social support.** Dr. Sawssen Ali Hanish, Dr. Salem AL Moujahid President, Dr. Abderrahmane Salah Al Azraq, responsible for studies, Dr. Ali Mohamed Aissa, Responsible for training, Dr. Mohamed Cheikh Hmida responsible for information.
- **Register comities for wounded** (Benghazi, Al Beida, Ajdabya)

Hospital Al Jalaa: Dr. Oussama, responsible ICU- emergencies traumatology

Hospital BMC: French team Pr. Collet, Dr Dufriche and Dr Karam

Hospital al Hawari: Dr. Osama Alshaikhy; Dr. Omran,

Rehabilitation Center Benghazi: Dr. Adil Eltera, Director

Hospital Al Beida: Dr. Abdelaziz, interim Director, Ismail Bashir El Trabdsi, Member of Steering Committee,

Hospital Darnah: Dr. Adel Edwal, medical director

Hospital Ajdabya: Dr. Abdel Alim, surgeon, responsible for emergency, Dr. JS Mohamed, Head of surgery department and Representative of Health, services for the area of Ajdabya, Dr. Abraham Danas, hospital director and former combatant.

Hospital Al Marj: Dr. Abdullah Aljared

Rehabilitation Center Al Marj: General Director Abdulhakim ibrahim Al Shelmani

- **WHO** : Dr. Gabriel Novelo Sierra coordinator for health cluster (with Moh),
- **French embassy,** Antoine SIVAN, ambassador, Madame Catherine Korm-Kammoun, in Benghazi, Dr. Dufriche.
- **Handicap international Libye:** Director David Haines, log Bruno Vandemeulebroecke
- **CICR:** The health coordinator for ICRC and Mr. Prem Physiotherapist, Mr. Mohammed, P and O technician in Benghazi
- **IMC** : Dr. Lyasin consultant for MoH in IMC in Libya for setting up rehabilitation programs (Benghazi and Misrata already in place).

ANNEXE 2 : FICHES DE VISITES DES HOPITAUX

BENGHAZI MEDICAL CENTER (BENGHAZI)

Type de structure.	1^{er} hôpital de soins tertiaires de Benghazi	Construit il y a 40 ans, ouverts il y a 3 ans. Enorme construction sur vaste domaine. Luxueux. Sauf pendant le conflit, Pas d'accueil d'urgences malgré les capacités d'accueil. Se veut un hôpital de haute technicité uniquement.
Bassin de population		
Nombre de lits	160 lits ouverts	Capacité théorique : 1200 lits
Personnel infirmier	262 soignants dont : 110 étrangères 76 IDE libyennes 76 aides-soignantes	>300 infirmières étrangères parties.
médecins	Temporairement 1 staff MAE de 14 médecins, IDE, log dans le cadre du conflit en appui.	10-15 orthopédistes dont 2 consultants+2 spécialistes Réa : 3 médecins dont 2 juniors Urgences : 0 médecin affecté
Services visités	Urgences Orthopédie Réa (13lits) 50% occupation ce jour Physio Unité IMC	Nombre urgences/mois : 50 Sous-effectif ++ (60% volontaires soit 6) 2 salles observation. (20lits) 1 salle d'urgence (3 lits) Nombre d'interventions chirurgicales orthopédiques : 4/jour 2 services orthopédie Problème : infections nosocomiales (ICU ; OT) 37 Physiothérapeutes 300 patients/jour 100 blessés de guerre /2mois
Fonctionnement (et références)		Ne reçoit pas les urgences a priori. Ouverture de ce service avec la révolution. Dispose d'un très grand service d'urgence et salles d'observation, de soins, de petite chirurgie, bien équipées, flambant neuf.
Patients pris en charge	Patients à froid	Chirurgie et médecine spécialisées seulement. Beaucoup de blessés reçus, ce jour : 16 blessés de guerre présents
Points forts, faibles		Très bel espace et équipements de pointe Appui coopération française Carences imp. en RH (qualité, quantité) en consommables (gants, électrodes, masques etc.) et médicaments essentiels
Ambiance		Hôpital immense, assez désert.
Observations	Service d'urgence appelé à fermer à nouveau. Aujourd'hui fonctionne comme dispensaire. Services ayant fermé : médecine, pédiatrie, gynéco et 2 services de réa. L'ouverture des services dépendra de l'effectif de nurses et de leurs compétences. Sans l'arrivée des volontaires, BMC aurait fermé. Infections : liées au manque de matériels (gants stériles, savon..), au non-respect des règles d'hygiène et d'asepsie ou à l'impossibilité de, au nombre important de volontaires peu formés à la gestion des soins. Problématique rencontrée dans beaucoup d'hôpitaux.	

AL JALAA HOSPITAL (BENGHAZI)

Type de structure.	Hôpital de référence d'urgences et traumatologie de l'Est de Libye	Locaux très vétustes (datant de 1970) Situé en centre-ville
Bassin de population	2 millions habitants	
Nombre de lits	400 lits	
médecins	Equipe orthopédique : 50 médecins dont 5 dont 5 consultants Equipe anesthésie : 33 médecins dont 15 juniors et des absents Equipe réa : 3 anesthésistes/ 24h	Beaucoup de médecins juniors
Infirmières	NA	
Services visités	Urgences (4lits) Salle d'observation (14 lits) T.O 100% Réanimation (16 lits) T.O 100% Traumatologie (90lits) Physiothérapie	Manque de médicaments de base : adrénaline, analgésiques, albumine, Flagyl Equipement médical défectueux Service de réa surchargé Patients lourds Service Très vétuste Salle exiguë non mixte 30 patients/j en salle dont 15 en ambulatoire. Les soins se font au lit du patient surtout (90 lits ortho).
Fonctionnement (et références)		Le problème de la surcharge de patients et du manque de places est résolu par évacuation sur l'étranger. Peu de transfert sur Tripoli
Patients pris en charge	Accidents de circulation (10/j admis) Blessés de guerre	Ce jour : 7 blessés de guerre pendant 2 en réa, 5 en ortho, 1 amputé
Points forts, faibles	Equipe motivée Chef infirmière expérimentée venant des Philippines ++	Carences++++ en RH, médicaments, consommables, équipement médical défectueux ou vétuste (réa, urgences) Radiologue présent à mi-temps (astreinte)
Ambiance	Tensions au niveau des patients et des soignants Conflits, bagarres, manifestation de patients blessés de guerre	
Observations	Services surchargés Pas de règles d'asepsie, pas de contrôle de qualité comme dans beaucoup des hôpitaux visités. Cet hôpital a depuis longtemps des difficultés importantes de fonctionnement, de déficit budgétaire et souffre de pénurie constante de ressources humaines et matérielles. Il souffre de la vétusté et de l'exiguïté des locaux et les professionnels de santé comprennent péniblement le fonctionnement du BMC au vu des moyens dont celui-ci dispose. Beaucoup des blessés de guerre ont été déjà évacués de l'hôpital Al Jalaa à leur demande ou à celle des médecins vers l'étranger.	

EL HAWARI HOSPITAL (BENGHAZI)

Type de structure.	2ème hôpital de soins de santé tertiaires de Benghazi	Beaux locaux spacieux et équipements neufs. Rouvert il y a 1 an après longues années de rénovation (mais incomplète) Situé en centre-ville
Bassin de population	1 million et demi habitants	
Nombre de lits	350 lits	Capacité 520 lits
Staff infirmier	200 IDE	Besoin de 400 IDE Le départ d'IDE étrangères=> fermeture d'un service de 100 lits
Staff médecin	NA	Urgences, réa chirurgie = 41 médecins 20 chirurgiens (3 consultants, 2 spécialistes) Réa: 12 médecins dont 10 juniors Urgences: 9 médecins
Services visités	Urgences (10 box) Pas de salle d'observation 1 bloc d'urgence 5 blocs Réa (12 lits) TO 100% Chirurgie (150 lits) Scanner (15-20/jour) Service physio	100 urgences et consultations aux urgences/jour Infections nosocomiales+++ PT 12 (5 / jour) 1 grande pièce ; 5 tables 50 patients jour (dont out-patient) Accueil 1j/2 homme –femme Prise en charge brève.
Patients pris en charge,	Tout type de patient mais à l'origine réservé aux cold patients	
Points forts, faibles	<u>Points forts</u> Quelques Médecins seniors très motivés ainsi que la nouvelle direction Mise en place d'un magazine pour et par le personnel soignant (droit d'expression) Volonté de développer le training au sein de l'hôpital pour IDE et médecins	<u>Points faibles</u> Pénurie de staff médical (beaucoup sur astreinte) Faiblesse du laboratoire (investigations non disponibles, personnel insuffisamment formés, peu motivé) Infections nosocomiales++ mais pas de capacité d'analyse et de contrôle bactériologique =>à l'extérieur. Pénurie de staff en physio en nombre et qualité (les PT formés il y a 25 ans). Diagnostic : Radio et scanner => problème de maintenance et absence de films +++
ambiance		Bonne ambiance mais gestion difficile des patients (respect des règles, comportement)

AL MARJ DISTRICT HOSPITAL (AL MARJ)

Type de structure.	Hôpital de district	Construit par les italiens années 70, fermé depuis 10 ans, rouverts avant la révolution en février 2011 Bel hôpital, neuf et spacieux. Un centre de dialyse rénale y est attaché et assez fonctionne bien.
Bassin de population	185.000 habitants	Bassin de 250 000 habitants
Nombre de lits	200 lits ouverts	Capacité 500 lits
Staff infirmier	250 IDE	Dont 40 indiennes, Philippines encore en poste
Staff médecin	50 médecins	Dont 10 spécialistes Pas d'orthopédistes
Services (type, équipement, stock, particularités)	Réa 2 blocs opératoires Services de Chirurgie, pédiatrie, médecine, gynéco obstétrique Urgences Service de Physio	20 lits (5 à 10 patients) + 15 en cardio Petite activité (10 patients/j) Petit espace (1 pièce) Equipe : 5 techniciens, 5 IDE, 1 responsable. Situé à 5 km du centre de réhabilitation.
Fonctionnement		Une compagnie anglaise a un contrat de 5 ans avec l'hôpital pour accompagner le management de l'hôpital en y formant le personnel. Mais la compagnie a quitté le pays.
Patients pris en charge		Transfert fréquent à l'hôpital Al Jalaa Une ambulance très « sommaire » : sécurité+++ Reçoivent beaucoup d'accidentés de la route car près de la route.
Points forts, faibles		Equipements neufs mais pénurie très importante de médicaments et consommables. Urgence d'approvisionnement. Pas de moyens de fonctionner, problèmes budgétaires +++
ambiance		Conflits internes ++ avec la direction Des patients se rebellent faute de moyens de soins et de staff, des bagarres
observations	Pas de médecin dans les polycliniques alentours donc reçoivent toutes les urgences. Surcharge. La compagnie anglaise ayant rencontré trop de difficultés en termes de management dans cet hôpital a décidé de partir. La révolution aurait précipité son départ. Le contrat est toujours en cours. D'après l'équipe, ils n'ont pas été assez présents et étaient plus à Tripoli. Le directeur médical de l'hôpital (un chirurgien de l'hôpital) est en poste depuis 15 jours.	

AL THAWRA DISTRICT HOSPITAL (AL BEIDA)

Type de structure.	Hôpital de district	Pas de service d'urgence ouvert (non équipé) Vaste hôpital peu fonctionnel géographiquement et qui aurait besoin de rénovations. Directeur intérimaire (médecin du service de dermatologie)
Bassin de population	500 000 habitants	
Nombre de lits	620 lits*	Dont 24 lits ortho (TO100% ce jour)
Staff infirmier	700 IDE*	70 IDE étrangères Staff IDE Ortho: 8 IDE/24h+ volontaires
Staff médecin	225 médecins	Dont staff médecins ortho: 12 (5 consultants, 2 spécialistes et 5 juniors) 50% = staff étranger
Services visités	Réa (18 lits) Chirurgie (24 lits) 3 Blocs Physio	Le service de réa est en fait une salle d'observation assez vétuste de 6 lits, réceptionnant les urgences. A très peu de moyens (équipement médical, médicaments) pour y faire face. S'y ajoute 6 lits de pédiatrie et 6 lits de cardio avec aussi peu de moyens. Médicaments disponibles : seulement liés à la pathologie traitée dans le service. 25 PT+ 16 IDE 2 médecins rééducateur Forte activité ambulatoire de ce service Service de physio actif lors de la visite (20 patients, 12 PT et 2 médecins sont présents)
Fonctionnement (et références)		Toutes les Références => Benghazi
Patients pris en charge		Toutes spécialités (ORL, ortho, pédiatrie, maternité.)
Points forts, faibles		Pénurie de médicaments et consommables et de RH. Les familles doivent aller acheter les médicaments pour les patients. Equipements vétustes ou inexistantes, pas de maintenance disponible Absence de service d'urgence opérationnel
ambiance		Hôpital assez surchargé. Bon accueil
Observations	L'hôpital reçoit des patients de zones très reculées donc il est souvent très surchargé. Du personnel motivé mais consterné d'offrir une telle qualité de soins ou de ne pouvoir faire plus ou mieux. Le nombre de lits (620) et le staff IDE (700) sont des chiffres issus de l'évaluation OMS (Rapid assessment of Health system in Eastern Libya, WHO, may 2011). Nous n'avons pu recueillir de chiffres précis globaux sur le terrain. Ces chiffres sont particulièrement élevés en comparaison avec tous les autres hôpitaux.	

DARNAH DISTRICT HOSPITAL (DARNAH)

La ville de Darnah dispose pour la formation, d'une école médicale (médecins, dentistes...), d'une école d'infirmières, d'un collège médical international, d'un collège médical technique (le 1er collège créé)

Type de structure.	Hôpital de district Fermé pour cause de travaux non achevés. Activité très réduite basculée sur une polyclinique.	En travaux depuis 5 ans, réalisés à 60%. Aujourd'hui la compagnie en provenance de Tripoli est partie. Belle construction de 3 bâtiments. A la périphérie de la ville.
Bassin de population	250 000 habitants	Couverture jusqu'à 100km à la ronde
Nombre de lits	512 lits prévus 250 lits ouverts	Diminution importante de la capacité en lits répartis sur 2 bâtiments dont une polyclinique en centre-ville*
Staff infirmier	220 IDE	
Staff médecin	170 médecins	Médecins spécialisés étrangers
Services visités	Physio Field hospital	7 PT dont 2 étrangers, 5 à 15 patients/ jour, 4 blocks+ lits 1 salle de soins
Fonctionnement (et références, transfert, prise en charge des patients)		-Transfert à Benghazi fréquent Cas médicaux vers le BMC Cas chirurgicaux. vers Al Jalaa - Une seule ambulance Pas de référence à l'hôpital d'Al Beida
Patients pris en charge Patients dialysés	L'activité classique d'une polyclinique et d'un hôpital général sachant que son activité a baissé de 40%	
Points forts, faibles	L'hôpital malgré sa tentative de réorganisation n'a pas les moyens de fonctionner de façon adaptée pour prodiguer une réponse à la demande de soins de qualité en toute sécurité.	
Observations	Les services existants font face à une réelle pénurie de médicaments, consommables. Trop nombreux équipements médicaux non opérationnels. Exiguïté des locaux de la polyclinique : pas assez de chambres, patients dans les couloirs. Le contexte de l'hôpital fait qu'il a été décidé de ventiler une partie de l'activité comme suit: Le service de physio, quasi inexistant à ce jour est basculé sur un field hospital à proximité de l'hôpital avec de nombreux lits existant. Il y aurait une activité de 5 à 15 patients/jour. Il existe une clinique de physio en ville. Mais les patients préfèrent se rendre à Benghazi pour effectuer leurs séances pour une meilleure prise en charge notamment les blessés de la révolution. L'administration est dans un petit bâtiment non loin. Un bâtiment regroupe un service de médecine, un service de réanimation, un centre de dialyse rénale (ouvert en matinée). 150 lits environ sont ventilés sur une polyclinique de la ville (activités de pédiatrie, chirurgie, gynéco obstétrique, urgences, 4 lits de réa), un laboratoire est à 5 km. Le staff (médecins et IDE) comprend 65 étrangers. L'hôpital malgré sa tentative de réorganisation n'a pas les moyens de fonctionner de façon adaptée pour prodiguer une réponse à la demande de soins de qualité en toute sécurité.	

JDABYA HOSPITAL

Type de structure.	Hôpital de district	Hôpital ayant <u>beaucoup</u> de soutien et de soutien financier grâce à des donations.
Bassin de population		Couvre une large zone surtout maintenant que l'hôpital de Brega ne fonctionne plus. Seul hôpital situé entre Benghazi et Ras Lanuf.
Nombre de lits	125 lits dont 60 lits chirurgie	Capacité 320 lits
Staff infirmier	160 IDE	+ 60 volontaires et 13 IDE étrangères parties
Staff médecin	66 médecins (juniors++) dont 6 consultants	Repose sur les 134 médecins sous contrat principalement
Services visités	Urgences (8 lits) Observation (7 lits) 1 bloc op urgences Réa (9 lits) Chirurgie (60 lits) Physio	60/jour (consultations et urgences médicales) 100/jour (consultations et urgences chir) 0 à 3 interventions chirurgicales./ jour 20 PT ; 50patients/ jour Service qui fonctionne au ralenti, très vétuste et mal équipé. Le service devrait être transféré à l'extérieur de l'hôpital dans une polyclinique. Dispose déjà de tout l'équipement neuf encore dans les cartons.
Fonctionnement (et référence)	Toutes spécialités d'un hôpital général	1 à 3 transfert ou référence/ jour 2 ambulances
Patients pris en charge		Beaucoup accidents de la route. 2600 blessés traités pendant le conflit.
Points forts, faibles	Le directeur, engagé et motivé est un ancien combattant. Voudrait démarrer du training pour le staff. Une salle informatique à disposition des médecins et une bibliothèque.	Problème crucial : le manque de médecins senior permanents et l'absentéisme des médecins sous contrat venant de Benghazi Le départ de médecins juniors femme. Scanner disponible.
ambiance	Ambiance tendue entre soignants et patients , stress, bagarres, patients violents	
observations	Ville du désert peu peuplée mais un bassin de population important, population très conservatrice, très touchée par la guerre, 2 mois de combats, population meurtrie. ONG et agences encore présentes :HI, Libyan red crescent, MSF, WFP notamment. 4 polycliniques sur la région dont 2 polycliniques dans la ville avec médecins, manque d'effectif.	

L'HOPITAL DE BREGA

L'hôpital (60 lits) ne fonctionne plus, plus de personnel. Située entre Ajdabya et Ras Lanuf, la ville est dépeuplée, très détruite et la population n'est pas encore revenue. Pas d'incidence donc sur l'activité de l'hôpital d'Ajdabya.

ANNEXE 3 : FICHES DE VISITES DES SERVICES DE REEDUCATION

LES CENTRES DE REEDUCATION ET DE PHYSIOTHERAPIE EN CYRENAÏQUE:

2 centres de réhabilitation: Benghazi et Al Marj (1h de route de Benghazi)

1 centre de réhabilitation privé a été détruit pendant la révolution à Benghazi

2 cliniques de physiothérapie en ville (Darnah et Shahaah)

7 départements de physiothérapie au sein d'hôpitaux (dont 3 à Benghazi).

Une unité en cours d'installation par IMC au BMC

En somme on note une **forte concentration à Benghazi mais aussi une bonne dispersion de la réponse en soins de rééducation entre Benghazi et Tobruck (voir tableau ci-après).**

De Benghazi en direction de l'ouest, rien n'existe au moins jusqu'à Brega. Cependant, l'hôpital d'Ajdabya est en attente de transfert de son service de physio (très vétuste et non fonctionnel) dans une polyclinique. Il dispose déjà de tout l'équipement neuf (empaqueté) et d'un staff de 20PT.

A l'est, il existe 1 service de physiothérapie toutes les heures ou 2 heures de route (Al Marj ; Al Beida ; Darnah ; Tobrouk). **Il n'y a pas de transport en commun public.**

En projet:

- D'après le plan d'action du CNT de juillet 2011 construction d'un nouveau centre à Benghazi. Le centre existant, fermé 2 ans pour rénovation est aujourd'hui incomplètement réinstallé.
- **Autres projets** du Ministère des Affaires sociales : la démolition-reconstruction du centre d'Al Marj. Or il est en bon état, équipé et ne manque que de personnel. Création d'1 petite clinique de physiothérapie à Al Beida, (projet de 6 petites cliniques sur le pays).

STRUCTURES DE REHABILITATION ENTRE TOBROUK ET BREGA

Distance de Tobrouk	Villes	Hôpitaux	Centres de Réhabilitation Services de physiothérapies dans les hôpitaux	Projets réhabilitation
	Tobrouk	+	Département Physio (non visité)	
170km environ	Darnah	Hôpital Fermé	Physio clinique en ville (MoH)	Département avec la construction de l'hôpital.
250km	Shahaa	0	Physio clinique en ville (ONG)	
300km	Al Beida	+	Département Physio	1 physio clinique
380 km	Al Marj	+	1 Département Physio + 1 centre de réhabilitation public	Démolition et reconstruction
350km	Entre Al Marj et Benghazi		1 clinique de physio dépendant du centre d'Al Marj	
500km	Benghazi	7 hôpitaux	3 Départements Physio (BMC, Al Jalaa ; Al Hawari) 1 centre de réhabilitation public 1 unité physio IMC Destruction de la clinique privée Shifa	Création d'1 centre de réhabilitation
650 km	Ajdabya	+	Département physio (très vétuste et peu fonctionnel)	Projet de transfert sur une polyclinique

Pour les services de physiothérapie existant dans les villes de l'Est, rappelons que :

- Deux hôpitaux n'ont pas de service fonctionnel (Darnah et Ajdabya),
- L'hôpital de référence en traumatologie de la région (Al Jalaa) : le service de physio est vétuste et exigu et l'équipe se plaint d'être dans un service « qui n'en est pas un » et ne peut répondre de manière suffisante et satisfaisante aux besoins des patients. Ils travaillent au lit du patient jusqu'à sa sortie. L'équipe est mobilisée et en demande de formation complémentaire. Son responsable est yougoslave.
- Une unité réservée aux blessés de la révolution s'est créée dans l'hôpital (le BMC) avec une ONG, (IMC) utilisant le staff du service de physio de l'hôpital.
- Globalement, le système de prise en charge fait qu'il est difficile d'avoir une coordination avec les chirurgiens (peu de liens après prescription), il n'y a pas de protocole, certains centres ne reçoivent qu'un jour sur 2 (femme puis homme). La prise en charge est de courte durée comme les séances.
- Les services reçoivent aussi des patients de l'extérieur, du fait du peu de pratique en ville. Il existe cependant parfois des cliniques de physio publiques ou privées. Ces patients ne sont pas forcément des « post opératoires ».
- Concernant les RH, des médecins se sont formés à la rééducation pour compenser le faible niveau de formation des physiothérapeutes.

L'urgence de la mise en place d'un projet global de réhabilitation : physique et psycho social. Les blessés du conflit sont un ressort appelant un projet d'envergure de prise en compte des besoins et des carences structurelles existantes de longue date. Les problèmes de santé secondaires attendus (rétraction, arthrite, paralysie suite à blessure du nerf sciatique par ex,

destruction articulaire...) auxquels sont exposés les blessés du conflit sont multiples. Les amputés sont loin de représenter la majeure partie des patients qui auront besoin d'une prise en charge.

BENGHAZI REHABILITATION CENTRE (BRC)

Ministry of Social Affairs Interlocutor: Dr Adil Eltera, Director

Management: The Director is new in this post since 4 months. He is a medical doctor specialized in physical medicine and rehabilitation, and he has been a staff member of the center for many years.

Brief history and overview of current situation:

Centre of excellence in 1983, it was closed 2 years ago for renovation (which only 16% was accomplished). It opened again during the conflict, but running at a low level. Some sections are not in use. The only section never closed was the in-patient wards, where some 50 persons are given long-term care (some for 20 years). The Director is concerned about this situation and wants to move them, but they have nowhere else to go; some need 24-hours assistance, others would not be able to go outside their house as accessibility is a great problem for persons with moving difficulties.

Service users: SCI patients, quadriplegia, some with hemiplegia and stroke, and amputees.

Areas of work/facilities in use

- Physical rehabilitation (in-patient department), see details below.
- Physiotherapy department, see details below.
- Social support (assessment of the individual's capacity, need for assistance, family situation, etc. and follow-up after discharge)
- Sports hall

Areas of work/facilities not in use: Vocational training used to be provided at the center before the renovation work started, but is no longer as the work was never finished in this part of the building.

Areas not functional: Operating theatre, radiology, CT Scan, one of the two pools

Facilities: Big surfaces of building and compound. Appropriate surfaces of different departments but some need to be repair. All in all, considerable work is needed to make the center fully functional.

Staff : 360 on the payroll (only 110 working), including: 5 doctors, 82 nurses, 26 physiotherapy technicians (all with low level local training), 13 P&O staff, 12 social workers and 200+ administration and maintenance services staff. (The great majority of this group does not work). All staff members are under MoSA. The center has 3 expatriate staff members whom stayed when the conflict started.

Salaries: Earlier salaries were 250-600 LYD/month. In March were increased to 450-1000. Medical staff of MoH have a higher salary than those employed by MoSA ("75-100% more").

Finance: MoSA pays 3 million LYD/year for salaries, 330,000 LYD for activities. Salaries have been paid regularly since before revolution and have lately been increased, but funds for services have been reduced by 70% from the earlier level of 1 million). During the conflict, when funds were delayed, international and local NGOs assisted with materials, food and some repair work.

In-patient department: Initially, the department had three sections with a total of 100 beds, which should have been increased with an extension of 40 beds, but this work has not been finalized. Today, only two sections are open, making a total capacity of 64 beds. Of these, 52 beds are occupied by "long-term patients" (all of them men) who regard the center as their home. Only very few new patients have been admitted lately; some 10 war-wounded have passed through the center on the way to services abroad (mainly Tunisia).

Physiotherapy

There are 2 physiotherapy sections; one for men and one for women. Surfaces are sufficient, but not very big. There is basic, essential equipment, but some of it could need some repair, and some new items could be needed to complement existing equipment. One of two hydrotherapy pools is functioning. Some 90 physiotherapy sessions are done per day (in- and out-patients).

Out-patient department

The department has a room for daily living activities and clinics for orthopedics, urology, bed sore treatment, dental services (a spacious accessible room), laboratory, and a P&O workshop (on the compound, but separately from main building, see separate heading).

Some 50 out-patients are seen per day. Around half of these are non-disabled persons (preventive actions, as "they otherwise risk to become disabled"). *Working hours* 8-14 (in reality 9-13)

A group of some 450 patients also come regularly to get free consumable materials, such as diapers, urine bags, cotton, condoms, etc. These services are supported by NGOs.

Referral: There is no systematic referral to BRC from hospitals. These links need still to be developed. For social assistance, BRC refer discharged patients to the Disability Affairs Office of Ministry of Social Affairs.

Concerns and recommendations

Long-term patients block the in-patient department. With tailor-made interventions some of them could still return to families and even work. Others may need continued long-term care, but this should instead be provided in an institution specially constructed for that purpose. The capacity of the rehabilitation center needs to be freed up for patients in need of *rehabilitation*. In the future, also the out-patients' department should be for persons with disabilities only.

Together with the center in Marj (see below), the BRC is the main facility in the east of Libya for the rehabilitation of persons with disabilities. However, considerable support is needed to ensure that it can fully assume these tasks. Renovation work needs to be finalized, materials and equipment are needed. Appropriate funds must be provided to ensure that running costs can be met. It is a priority to restart this center so that war-wounded can be admitted on their return from abroad and, subsequently, persons with disabilities can access rehabilitation services.

(Constructing a new center should under no circumstances be regarded an option before this center is fully functional.)

Currently, 90% of the center's budget is used to pay salaries. A great number of staff on the payroll is actually not working. Probably as much as two thirds of the staff is superfluous. If salaries could be increased in the future to a more interesting level, staff members would have a real incentive to attract skilled and well-trained professionals. Then a total of 100-150 staff members could be enough to provide

extensive, quality services. In the future, the authorities need to give the center full responsibility for managing its staff.

REHABILITATION AND SOCIAL SUPPORT CENTRE IN MARJ

Of Ministry of Social Affairs (but, according to the director, it is uncertain if it will remain there; maybe it will be managed by the Ministry of Health).

Interlocutors: Director Mr Abdulhakim Ibrahim Al-Shelmani, Mr Wanees Bakar, Public Relations & Training Officer

History: Constructed in 1984 as a center for the Western Sahara political movement Polisario.

Rebuilt as a rehabilitation center in 1997.

Areas of work/facilities (comprehensive installation)

- Physical rehabilitation (in-patient department), see details below
- Physiotherapy (out-patients), see details below
- Social support (assessment of the individual's capacity, need for assistance, family situation, etc. and follow-up after discharge)
- Psychologist support (intermittent by visiting doctor from Benghazi, presently not coming)
- Vocational training (IT – in one room with 10 new computers – farming and sewing)
- Orphanage (32 children + 9 youths). They go to normal schools outside center.
- School for children with hearing impairments (45) Come from outside the center
- School for children with mental disabilities (50) Come from outside the center
- Speech training (11)
- Home for elderly (10)
- Laboratory
- Library
- Room for social activities and housing facilities for the staff.

Staff: 380 on the payroll (including physiotherapy staff of clinic of Marj, see next section), including:

1 specialized physiotherapist, 16 assisting physiotherapists (all male), Nurses assisting in physiotherapy work, 9 social workers in the in-patient department. The center has no doctors. There used to be two (one orthopedic doctor and one urologist), but they left when the conflict started. It is difficult to employ new ones, the reasons given:

- the Ministry in Tripoli does not approve new employment
- it is difficult to attract doctors to Marj (even though housing can be offered)

Finance: Salaries are paid by MoSA and have been increased since the conflict, but funds for services have been reduced by 70%. During the conflict, when these funds were delayed, support was received from local organizations, which enabled the center to feed the in-patients.

In-patient department: Spacious, very good state, clean, neat and generally well equipped.

The department includes:

- 4 rooms with a total of 24 beds in the male section – of which only two are occupied
- 4 rooms with a total of 24 beds in the female section – of which only four are occupied
- At the end of the two departments: A male and a female section with multi-disabled children (CP and mental disabilities combined with physical disabilities, some of them with severe disabilities) – 11 children in each section. They are referred to as “Permanent Residents” (as they have nowhere else to go).
- In-patient physiotherapy facilities (see below)
- Occupational Therapy room for training of daily activities (fully equipped with kitchen, etc, but not yet used as there is no staff member trained for that)
- Store of drugs (certain items also for out-patients)

In-patient physiotherapy: Facilities (separate for men and women) consist of small treatment rooms with fairly new electro-therapy equipment of all sorts, and exercise rooms with a good selection of machines and equipment in a good state

Physiotherapy out-patient department: Busy impression. Rather small section with some 5-6 rooms for individual treatments, and a bigger (but not very big) PT exercise room, all with needed equipment in reasonably good state. 10 staff members with various degree of training. The head has four year college training. They work in two shifts; one team of 5 staff members in the morning and another 5 staff in the afternoon. Each team see 30-40 patents approximately 70 patients per day, six days a week. Every second day men are admitted and every second women and children.

For children, clubfoot treatments are limited to stretching and massage. For surgery, serial plaster casting and orthoses, patients have to be treated in Benghazi.

For orthopedic materials, patients are recommended to go to the private orthopedic materials shop.

Plans for the future: According to the Deputy Minister of Social Affairs, the present buildings of the center are of a temporary, inflammable type and will therefore have to be demolished and replaced with new ones. Drawings for the new buildings exist. It has not yet been decided if they would be constructed in the same compound, which is considered to be too small, or in a new area across the road.

PHYSIOTHERAPY CLINIC OUTSIDE MARJ

Information obtained at main center, under the management of the Center in Marj .

- 30 km west of Marj, small facility with limited equipment, 30 staff members
- "Working at 30% of its capacity. Also used to provide dental care

Conclusion:

Nice center, fully equipped, but greatly under-used because of lack of staff, mainly doctors. And even with the 2 doctors they had, it would have been difficult to provide satisfactory services to 48 patients. The budget cut, even though it "only" affected running costs, makes it difficult to increase services. The general feeling of the staff is also that patients prefer to go abroad for treatment rather than going to a Libyan center.

It is strongly recommend that the authorities take needed steps to ensure that the full capacity of the center be used (approving new staff positions, providing good conditions to attract relevant staff, providing funds and materials, etc.). Compared to the investments that have already been made in the center in the past, very little is needed to make it functional. The center could become an important part of the network of services that could, in the immediate phase, accommodate war-victims when they return from treatments abroad. However, its services should not be open only for this group, but for any individual in need of the services that can be provided by the center.

The construction of new buildings to replace the old ones does not seem urgent. The old ones can still be used and measures can be taken to limit the risk of a fire. In any case, the services must not be interrupted; services should continue in the old buildings until the day the new ones are ready.

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT OF BENGHAZI MEDICAL CENTRE

Ministry of Health. Interlocutors: Dr Jumma Al Elshain and Dr Nasif Yasin of IMC

- 37 PT technicians
- Big exercise room (gym)
- 15-20 treatment rooms
- Facilities in excellent state, high European standard
- Shiny electrotherapy equipment and gym-machines
- Not very busy at the time of the visit

International Medical Corps (IMC), an international NGO, has just established a second physiotherapy department in BMC, which is for war-wounded only:

- Opening hours: 13:00 – 20:00
- Staffed by 3 PTs, 2 doctors and 1 receptionist, all of whom work in the main physiotherapy department of BMC in the morning and for IMC in the afternoon, after their ordinary work
- 3 exercise rooms (gyms). Excellent state. Smaller than the main physiotherapy department of the hospital, but with the same type of equipment.
- Now only open for war-wounded. Later on to be integrated in BMC's PT department
- 80-100 service users so far (during 2 months)

- No patients at the time of the visit
- Amputees are referred to the P&O workshop of BRC
- Supervised by IMC

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT OF MARJ HOSPITAL

Ministry of Health. Interlocutor: Mr Duma Kalil Alla M, Head of department

- Newly renovated, nice and neat with relatively new and complete equipment (infra-red and short-wave missing)
- All in one, not too big, room
- Treating patients with low-back pain, joint problems, hemiplegia, facial palsy, etc.
- 5 physiotherapy technicians
- The PT Head has a 3-year training at technical institute (medium) level and 20 years' experience
- 4 nurses as assistants
- Few out-patients; around 10
- Some in-patients assisted in the wards

Concerns:

The unit is greatly under-utilized!

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT OF BAYDA HOSPITAL

Ministry of Health. Interlocutor: Mr Ramadan M. Saleh, Head of department

- 11 years old facility – looking its age – next to the hospital
- One bigger exercise room with 8-10 treatment beds and basic machines
- 6-8 smaller treatment rooms with the full range of electrotherapy equipment
- Fairly complete equipment
- Room for hydrotherapy treatment, but not used as the boiler is not working
- 12 physiotherapy technicians, mainly female (different numbers of physiotherapy technicians were given by different staff; from 12 to 52 the latter by the director of the hospital)
- Two PT staff with training abroad (Yugoslavia, Bulgaria), 1 Master and 6 with collage training. The most experienced staff work with manual therapy.
- Services open for men every second day and women and children every second.
- Patients are referred by doctors in the hospital, but some are also admitted as they come
- Rather busy impression; the number of patients may be higher than the unit's capacity
- Some 100 patients are seen per day, the majority undergoing electrotherapy treatments
- In addition, some 6-8 in-patients are assisted in the wards
- Patients have low-back pain, joint problems, hemiplegia, amputations, etc.
- For prostheses, amputees are referred to services abroad (Tunisia, Egypt...) as it is the opinion that the P&O services of BRC in Benghazi are not functioning/good enough.

- No protocols are made. Patients are given an appointment card with the where the diagnosis (given by the doctor) is indicated. No other notes are made. Visits are marked in a logbook.

Concerns:

Services may need to be increased. The best would have been to open a second unit, one for women and one for men (as some patient's need daily training). That may be difficult to realize financially. As a temporary solution, a second shift could be started in the afternoon.

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT OF DERNA HOSPITAL

Ministry of Health

- Since the hospital is closed for renovation, the "physiotherapy department" is relocated to a temporary unit, a container clinic outside the main gate, together with some other hospital departments
- Staff: 1 Philippine PT Head with a lower level of training focussed on massage, and 3 Libyan PT assistants without formal training
- The department consists of parallel bars placed between some beds in one container
- No electrotherapy machines are used (one exists but it cannot be used because of interference with the metal structure of the container)
- 10-15 patients per day, all of them out-patients
- There will be a more complete physiotherapy department in the hospital once the renovation work has been finalized (60% of the work had been accomplished when the Chinese contractors left at the beginning of the conflict – it is not clear when – or if – they will resume their work...)

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT IN SHAHAT

Ministry of health

Location 50km between Dernah et Al Beida)

5 Libyans technicians

About 20 patients / day addressed on prescription made by orthopedists from the 2 hospitals.

PHYSIOTHERAPY DEPARTMENT IN AJDABIYA

Ministry of Health

- 4 PT technicians
- Small PT unit now in hospital
- Will soon move to other location in bigger facility
- New equipment provided by NGO

Physiotherapy services - conclusion

All PT services provided in the public sector are free. Generally, PT technicians work with patients with stroke, hemiplegia, low-back pain, joint problems, facial palsy, amputation, etc., and sometimes with children with CP. Many PT technicians have been trained in the past (mainly at lower level, see below). Some Libyan PT technicians were also trained in Yugoslavia, Bulgaria, Serbia, Ukraine and Croatia. There have also been some PT expatriates coming from these countries, as well as from neighbouring countries. In Benghazi, there is a total of about 200 PT technicians (according to staff of BMC). In Benghazi, there are 2-3 Physiotherapists with a Master Degree.

There are a good number of physiotherapy units around; they exist in all places visited, even though they are weak in some locations. According to WHO, there are 25 physiotherapy centers departments in Libya, most of them attached to hospitals, some of them not functional. According to another source, there are supposed to be 22 physiotherapy clinics in the country under the *Social Security Fund (Ministry of Social Affairs)*, but this could not be confirmed. (It is more likely that they are part of the 22 clinics mentioned above.)

It would be important to provide support to existing units, to make sure they can function at an acceptable level. When that has been achieved, new units can be established in underserved areas.

There is quite a lot of staff in the sector, but they are most often trained at a too low level and it is doubtful if they are able to carry out the range of treatments that they should be expected to do and that the result is satisfactory. The new, higher training may improve the situation, but this program could need to be studied more in detail, and the training curriculum be revised, to ensure that these professionals can work independently and according to international standards. The proper role of physiotherapy and physiotherapy professionals needs to be emphasized also in the training of health professionals.

PHYSIOTHERAPY TRAINING AND EDUCATION

Interlocutor: Mr Saleh Masmari, PT student on last year at the Technical Medical College in Benghazi and Majed Kilani trained in University in Tripoli. (School was closed and no teachers were available).

There are two levels of training:

Low/Medium ("Certificate"):

- Existing since long
- At private institute
- Secondary school level (intake requirement 9 years)
- 1.5 yr course (according to different source: 3 years)

High ("Degree"):

- Relatively new in Libya (started in Derna 6 years ago) Under Ministry of Higher Educations
- In seven places in the country: Tripoli, Bani Walid, Misrata, Bayda, Derna, Tobruk and Benghazi. Education in Derna and Benghazi in English, at the other schools in Arabic.
- In Benghazi,
 - the training is provided by the Technical Medical College
 - only one batch has graduated so far, 3 year course
 - intake of 20-25 students per year, requirement 12 years (same as for medical students)
 - Teachers: Libyan doctors trained in physiotherapy at Master level in Egypt, Italian doctors.

Concerns:

PT technicians do not make a thorough assessment of the status of the patients
do not systematically write protocols to monitor the treatment (the little that is documented is normally written on the patient's appointment card)
do not prepare statistics of treatments
rely to a great extent (too much?) on electrotherapy technologies (including magnetic therapy)

The physiotherapy profession has not gained the same recognition and status as in most other countries. Physiotherapy technicians carry out treatments according to instructions given by referring doctors, nothing more nothing less. The risk is that they don't take any initiatives of their own in the treatment process. Hopefully, the higher training, which is relatively new, will produce physiotherapists who are able to work in team with – and at a more equal level with – doctors and other health/rehabilitation professionals. This could greatly develop the physiotherapy field.
Some patients need intensive training with sessions every day. This is not possible when male and female patients are alternating every second day. A solution could be to introduce a second shift in the afternoon. Then one group could be treated in the morning, and the other one in the afternoon.

ANNEXE 4 : FICHES DE VISITES DES SERVICES D'APPAREILLAGE

PROSTHETICS AND ORTHOTICS SERVICES AT BRC

Part of Benghazi Rehabilitation Centre, under Ministry of Social Affairs, Social Solidarity Fund, Disability Affairs Office. Interlocutor: Mr Omar Eshakhi, Head of P&O unit

Brief history and overview of current situation

This unit used to be located inside the main center, but since 2003 it is in a new, separate building on the compound, constructed and equipped by the Italian Cooperation. It was fully functional until 2008, when it gradually ran out of material. Production started again 2 months ago when ICRC support was initiated.

Service users: Persons with amputations, paralysis, fractures or foot problems, etc., who need prosthetics and orthotics devices or shoe corrections/compensations.

Facilities: Excellent building. Appropriate size and layout for current work load. Patient area could need to be extended if the number of service users would increase.

Equipment: Excellent equipment.

Staff: A total of 17, including, 1 P&O Head, 4 Prosthetic Technicians, 6 Orthotic Technicians, 2 Shoe Technicians, Secretary and other support staff

Staff training: Some technicians were trained at BRC by Polish teachers for two years (1987-1989). Others in Italy 30-35 years ago. No one has a recognized higher diploma.

Salaries: 400-700 LYD

Annual production: Before material shortage the workshop produced some 360 P&O devices per year (110 prostheses, including some 10 for upper-limbs, and 250 orthoses and splints) and 30 orthopedic shoes.

Waiting list: 200 persons are on the waiting list when services were resumed 2 months ago.

Technology: The unit uses ICRC's polypropylene technology since two months. Before that, German products (Otto Bock) were used, but this production was disrupted because of lack of funds.

Finance: The unit relies on funds from the main center, which is a major problem, in particular now when BRC's budget for running costs has been reduced by two thirds. ICRC currently provides material. The services generate no income as they are free of charge.

Quality of production: The quality could not be determined as no work was going on at the time of the visit. However, as training has been very limited and at a rather low level, the scope of work and quality of services may be limited. The few items that could be studied could partly confirm this.

Documentation: The medical and technical documentation is very limited.

PRIVATE ORTHOPAEDIC MATERIALS SHOP IN BENGHAZI

- Sells an extensive range of prefabricated and individually manufactured orthopedic materials and devices; from hallux-valgus, foot supports, knee braces and hip-luxation splints, to wheelchairs and lower- and upper-limb prostheses and orthoses.
- Nice and spacious reception and client area, small workshop with only basic equipment
- Hazardous working environment; evaporating gases and dust, and risk of injuries when working with cutting/grinding tools in narrow spaces
- Staffed by 3 technicians, all of them also employees at BRC, and some additional workers
- Can offer devices made with second-hand components if the client so wishes
- Produces and sells 1-3 prostheses per month (in addition to other items)

Price examples:

1 pair of crutches	30 LYD
Wheelchair (not appropriate to the Libyan environment)	160 LYD
Prefabricated knee brace	175 LYD
Foot splint	35 LYD
Knee-ankle-foot orthosis (KAFO)	1500 LYD (pair: 2500 LYD)
Trans-tibial (below knee) prosthesis, Chinese components	1000*-1200 LYD
Trans-tibial (below knee) prosthesis, German components	2000*-2200 LYD

* The lower price = second-hand components are used.

Orthopedic service in Tripoli:

One of the two services visited (Janzur and Abbu Salim) is close since few years for maintenance. In the medical center specialized for traumatic patients, the second workshop visited is badly located in the lower ground floor. The accessibility is poor, the equipment modern but rooms are very smalls. Only one technician was present and no production seems going on. One female doctor seems very interested by the visit and expressed a strong demand for training.

Concerns:

The individually manufactured items that were seen were lacking in quality and were not biomechanically correct. The items are not up to the standard one should expect when paying a considerable amount for services, even if they had been free of charge.

Regarding private workshop, as the technicians are the same as at BRC, so one should not expect that the quality of the work here would be better. Not even if they would use different brands of components. Private entrepreneurship may be an incentive to improve services and to provide products of higher quality, so private businesses should be encouraged. However, they need to be monitored to make sure that minimum quality standards are being met. This is not the case today, and there is a great risk that clients are made to believe that they get services that are of a higher quality just because they are paying when, in reality, they do not.

The availability of private services must not stop relevant ministries from making every effort to extend and improve public services in this field. Only the government can ensure that services reach out to those who cannot afford to pay for orthopedic materials and devices, in particular those who live in remote parts of the country.

The government has a key role in service provision as well as in the supervision and monitoring of private and other non-governmental services.

ANNEXE 5 : FICHES D'ENTRETIENS ET DE DIVERSES VISITES

ENTRETIEN AVEC UN PHYSIOTHERAPEUTE, IMPLIQUE DANS DES PROGRAMMES DE SOINS ET DE READAPTATION A BASE COMMUNAUTAIRE

Contact : Majed Kilani

Les études de kinésithérapie ont lieu au sein de la faculté des techniques médicales, faculté, qui en plus des Kinésithérapeute forme des laborantins, des infirmières/iers, et des techniciens en prothèse dentaires, en anesthésie et en réanimation. La durée des études est actuellement de quatre années, la première promotion a commencée en 1997.

Avant cette date la formation était dispensée à Misrata (ville située à 250 Km à l'est de Tripoli) et ne durait que deux années. Les cours avaient lieu à la faculté Naceur d'éducation physique et étaient dispensés par des non spécialistes (professeurs d'éducation physique, pas de cours de physiologie, de neurologie 'd'anatomie fonctionnelle etc...

Les premières promotions comptaient en moyenne 250 personnes ce qui fait que le nombre de kinésithérapeutes se situerait actuellement aux alentours de 2500 pour une population de 5.000.00 d'habitants. La formation a une orientation plus physiothérapie que kinésithérapie.

Majed dans le cadre de la RBC suivait 5 patients, leur nombre a diminué depuis le début de la révolution.

Selon lui les principales causes du handicap physique en Libye

- o Les AVC
- o Les accidents de la route
- o Le diabète
- o L'hypertension artérielle
- o La prématurité

Situation des centres de prise en charge des enfants handicapés

Le centre de Janzour pour enfants IMC est fermé depuis deux ans pour rénovation et entretien.

Le problème de l'accessibilité rien n'a été fait pour le résoudre et selon Majed le problème ne sera pas résolu dans un futur proche.

Il n'y a aucune tentative pour intégrer les enfants handicapés dans les écoles, ils sont orientés systématiquement vers des centres dits spécialisés.

Plusieurs kinés n'exercent pas à cause des salaires très bas.

ENTRETIEN AVEC MR. MOHAMED MORAFFAA FORMER VICE-MINISTRE DE LA SANTE.

Dr. Mouraffaa est professeur en pédiatrie il a été formé en Egypte, à Glasgow et aux Etats Unis d'Amérique, il a été Vice-ministre de la Santé de 97 à 99, directeur de l'hôpital Al Jala de 76 à 88 puis directeur de l'hôpital général de Tripoli de 2002 à 2005.

Selon Dr. Mouraffaa il y aurait 1400 personnes amputées des membres inférieurs 900 parmi eux l'ont été à Misrata, beaucoup ont été évacuées en Tunisie puis certains ont été acheminées vers d'autres pays (Jordanie, Italie, Allemagne, Turquie, France) d'autres seront dirigées vers les hôpitaux Marocains et Koweitiens et ce à cause de la gravité des blessures pour certains et la saturation des cliniques et hôpitaux tunisiens.

Selon Dr Mouraffaa les compétences libyennes existent et il est fait du bon travail en terme de soins médicaux mais les soins infirmiers ainsi que les conditions d'hospitalisation sont catastrophiques ce qui pousse les patients à désertier ces institutions par manque total de confiance dans le personnel médical et paramédical.

Le pays vu le manque en nombre et en qualification du personnel paramédical a recruté du personnel des pays de l'Europe de l'est.

Compte tenu des bas salaires et de l'absence de pratiques privée, de nombreux médecins libyens exercent à l'étranger dont 900 en Angleterre.

Le budget alloué au ministère de la santé est trop bas, inférieur à celui de la sécurité de l'ancien président et de sa famille. Il y a un très mauvais management des institutions hospitalières

La libre pratique des médecins n'a été autorisée que dans les dernières années et les standards sont trop bas par rapport à la Tunisie et à la Jordanie.

La formation du personnel paramédical ne les prépare pas à leur métier.

Les libyens font plus confiance à la médecine à l'étranger et le gouvernement soignait à ses frais les citoyens à l'étranger (Europe, Tunisie, Jordanie etc.).

Selon un rapport commandé par le ministère de la santé, les infections à l'intérieur de l'hôpital sont nombreuses, d'origines nosocomiales.

RENCONTRE AVEC MR. ABDELMAJID SEIF ANNASSER, PRESIDENT DE LA COMMISSION SCIENTIFIQUE SUPERIEURE, MINISTRE DE L'INTERIEUR.

Lieu : Ministère de l'Intérieur

Après une courte introduction de bienvenue, présentation de l'équipe et clarification du but et du contexte dans lequel se déroule cette mission l'accent a été mis sur les points suivants :

La nécessité d'une évaluation avant l'élaboration d'une action il a précisé que nous n'avons pas de solution toute prête à offrir, nous sommes là pour avoir une idée la plus claire possible de la situation des blessés de la révolution et des personnes handicapées en Libye.

L'accent a été mis sur la nécessité de la participation de tous les acteurs dans cette évaluation (les autorités officielles, la société civile, les responsables régionaux, les bénéficiaires et leurs familles).

Le ministre a été mis au courant de l'activité de HI dans la région de Benghazi à savoir le déminage, la destruction des munitions non explosées et l'éducation de la population sur les dangers de ces explosifs.

Le ministre a remercié le gouvernement et le peuple Français pour le soutien apporté à la Libye durant la révolution il a réitéré l'intention de son gouvernement de continuer et de diversifier la coopération avec la France.

Il a soulevé le problème des 50 blessés Libyens évacués dans un premier temps sur la Tunisie et qu'il compte envoyer en France pour des soins, ces blessés attendent un visa qui tarde à venir, vu, la lenteur de l'administration Française. Il a exprimé son souhait de voir les procédures réduites vu l'urgence il a demandé à ce que cette doléance arrive aux autorités Françaises.

REUNION AVEC LE MINISTRE DE LA SANTE DR NEJI BARAKAT, MINISTRE DE LA SANTE.

Brève présentation du but de la mission.

Points forts de la réunion :

Le ministre a exprimé le besoin d'une prise en charge globale des blessés du côté médical, social, psychologique des blessés mais aussi les personnes handicapées qui ont été négligées par durant le règne de Gueddafi.

Il a exprimé le besoin pour des équipes de venir et délivrer des services pour les personnes handicapées.

Il a évoqué l'idée de diviser le pays en des régions, d'évaluer les besoins de chaque région et d'entreprendre des actions en tenant compte de la spécificité de chaque région cette décision doit être prise avec les autorités locales.

Il y a besoin de s'occuper du côté médical, social et psychologique des blessés mais aussi des jeunes combattants qui ont souffert pendant la révolution. Il convient de se préoccuper de leur réinsertion la plupart étant des étudiants ou des fonctionnaires.

Monsieur le Ministre suggère de faire appel des compétences qui existent dans les pays arabophones car la langue risque d'être une barrière pour le transfert des compétences aux des libyens.

REUNION AVEC AZIZ EL BAKUSH DIRECTOR DEPARTEMENT OF INTERNATIONAL COOPERATION DU MINISTERE DE LA SANTE

Réunion informelle, planifiée mais d'un grand intérêt. Mr. El Bakush a manifesté un grand intérêt pour notre démarche.

Mr El Bakush nous a appris que des accords sont d'ores et déjà pris avec le CICR à Benghazi, ITF à Tripoli et l'OMS à Misrata pour prendre en charge des services d'appareillage et de rééducation.

Il a été fait état de la nécessité de ne pas se focaliser exclusivement sur l'appareillage des blessés de guerre mais sur une prise en charge plus élargie de ces personnes, réhabilitation sociale, accompagnement psychologique, ainsi que de considérer les besoins de toutes les autres personnes en situation de handicap vivant en Libye et qui n'ont que très peu d'accès aux services d'ont-ils ont grandement besoin.

Nous nous sommes engagés à tenir informé Mr. El Bakush de nos conclusions.

COMPTE RENDU DE LA REUNION AVEC LES MEMBRES DE L'ASSOCIATION LIBYENNE DU SOUTIEN PSYCHOLOGIQUE ET SOCIALE.

Étaient présents :

Dr Sawsen Ali Hanish, Dr Salem AL Moujahid Président du conseil d'administration, Dr Abderrahmane Salah Al Azraq, responsable des études, Dr Ali Mohamed Aissa Responsable de la Formation, Dr Mohamed Cheikh Hmida responsable de l'information.

Cette association est en cours de création a pour but d'apporter un soutien psychologique et social aux personnes et particulièrement aux femmes (et hommes) victimes de viol, aux enfants et aux prisonniers et à toute personne en situation de détresse et /ou de handicap.

Actuellement les objectifs de l'association sont :

1- La réalisation d'une enquête sur les blessés et les victimes des violences commises durant la révolution pour déterminer leurs besoins.

2 La formation des formateurs aux techniques du soutien psychologique des personnes en situation de détresse.

3- La mise sur pied d'un centre d'appels et la conception et la diffusion de dépliants.

L'équipe cherche sa mise en contact avec des réseaux ayant les mêmes objectifs et ayant une expérience dans le domaine du soutien psychologique et social.

La population visée par la formation : Les psychologues, les travailleurs sociaux et les médecins.

Priorité actuelle : Apporter un soutien aux victimes des viols.

Dr Sawsen a une certaine expérience dans le domaine, elle a été une réfugiée en Tunisie et a animé des émissions télévisuelles émettant de la Tunisie. Elle était animatrice d'une émission à la télé libyenne avant la révolution. Selon Dr Sawssen le plus grand nombre de viols ont été commis à Misrata, Zouara et Ajdabya.

Il est difficile d'avoir un nombre exact des cas de viols c'est un sujet tabou.

Ce groupe constitue l'émergence d'une société civile en Libye. Les Libyens n'ont aucune culture du travail associatif, le régime de Gheddafi a réprimé toute tentative.

Le soutien aux personnes vulnérables ne peut se faire que par des personnes qualifiées d'où l'importance de la formation à apporter aux intervenants.

Le centre d'appel semble être une bonne entrée, Dr Sawssen a déjà eu une certaine expérience à partir de son exil en Tunisie, c'est une personne ressource pour toute activité dans ce domaine.

Demande : Etre aidé par des personnes ressources dans le monde arabe (Palestine) et au niveau international

ENTRETIEN AVEC LE DIRECTEUR DE LA COMMISSION GENERALE DE LA CAISSE DE SOLIDARITE SOCIALE DE MISRATA

Mr. Aboubaker Mahmoud Abou Chiba

Centre créée en 1988, financé par la caisse de la solidarité sociale, dont seul le service de physiothérapie est actuellement fonctionnel et a été transféré dans des locaux neufs au centre-ville, spacieux et fonctionnels.

Le centre était situé dans des locaux en dehors de la ville et comprenait plusieurs services un service de physiothérapie, un service de formation professionnelle pour personnes handicapée physiques pour fille et garçons, (secrétariat, computer science, artisanat, couture et tricot maroquinerie).

Depuis sa création le centre a formé entre 1989 et 2008, 86 jeunes hommes et jeunes filles.

Centre de rééducation Misrata « Ettadhamen » le nouveau Centre étatique ouvert dernièrement, l'équipement était stocké dans un centre en dehors de la ville, et à cause des évènements le matériel a été installé dans les nouveaux locaux conçus pour cet usage.

Le personnel est composé de 34 physiothérapeutes (19 de sexe féminin et 15 de sexe masculin) tous formés en Libye et d'un psychologue.

Les physiothérapeutes avouent que leur formation ne les a pas préparés à travailler avec les blessés de guerre, ils ont été formés pour travailler avec les victimes des Accident Vasculaires Cérébraux et des accidents relatifs à la pratique d'un sport. Ils se contentent d'utiliser des machines et l'équipement mis à leur disposition.

Chaque physiothérapeutes entre 9h et 14h a en principe 6 patients.

Deux services, un pour les hommes et un pour les femmes. Chaque service comprend 5 salles de kiné, 4 avec 3 tables et une avec 5. Une salle d'hydrothérapie que nous n'avons pas pu la voir, c'était la tranche horaire réservée aux femmes. Une grande salle de rééducation avec un équipement varié (espaliers, medecine balls, tapis ballons de physiothérapie, vélo, matériel pour la motricité digitale etc.).

VISITE DU CENTRE DE REEDUCATION

Centre Privé de physiothérapie d'Abdelhédi Mouldi, Route d'Al Jazira

Le centre est spacieux, immense, équipement Chinois, physiothérapeutes libyens, affaire commerciale, avec piscine utilisée deux jours par semaine. Le sous-sol est occupé par une salle de sport pour femmes et hommes à tour de rôle.

Réunion du comité du bureau du comité de l'Association Générale pour le Soutien et la Réhabilitation des Blessés de Guerre. Naissance juin 2011 : Une réunion préparatoire du comité de l'Association Générale pour le soutien et la réhabilitation des Blessés de Guerre, ce groupe composé d'ingénieurs, de physiothérapeutes, de psychologue planche sur le statut de cette association dont les objectifs sont les suivants :

- Permettre aux blessés de guerre ayant des séquelles permanentes de s'intégrer dans la société pour ne pas se sentir différents des autres membres de la société.
- Leur permettre de jouir de tous les éléments d'une vie autonome dans la dignité.
- Permettre aux blessés d'acquérir des compétences professionnelles ou académiques.
- En coordination avec les services de la santé assurer le suivi médical des blessés.
- En collaboration avec les services de l'éducation permettre aux blessés de poursuivre leur éducation dans un milieu adapté.
- Assurer l'intégration professionnelle des blessés après leur formation.
- Contacter des organismes internationaux pour la réhabilitation de ces blessés.
- Se coordonner avec les services de l'urbanisme pour tenir compte des besoins de ces blessés dans la construction de nouveaux bâtiments, routes et espaces publics.
- Assurer le suivi permanent des blessés afin de leur assurer une vie digne.

Besoins : Comme à Tripoli il y a une émergence d'associations, la société civile libyenne commence à naître, ces initiatives sont à encourager et surtout à accompagner car elles constitueront un modèle pour celles à venir (la loi 19 de 1369 portant sur l'organisation des associations) :

- Renforcement des capacités des personnes engagées dans le travail associatif
- Gestion des associations
- Elaboration des projets
- Mobilisation des ressources

A ElKhoms il existe une association des Amis de la Libye. Bureau des Martyrs et des blessés d'El Khoms, Mr. Mohamed Jibril Attabib.

Informations recueillies sur les blessés d'Elkhoms :

Martyrs	Prisonniers	Blessés	disparus		
37	14	19	1		

Siège des blessures

Jambes	Genoux	Epaule	Bras	Rachis	Visage	Autres
9	2	1	2	1	1	3

Lieux des soins: 4 Tunisie, 2 Turquie, 1 US, 1 Grèce, 2 Jordanie

BUREAU DES MARTYRS ET DES BLESSES DE MISRATA

Contacts: Mr. Fathi Salem Al- Masher, Mr. Walid Mhichi , Saad Liqlayeb

Données : Du 1/3 au 1/7 le nombre de blessés de Misrata est de **2900** personnes (selon registre tenu par le comité).

Projection : plus **de 6000** blessés car les Misratis ont participé à la bataille de Syrte, d'Ajdabya, de Tripoli et de Bani Walid.

Les dossiers des blessés sont en cours de traitement et jusqu'à ce jour ils dénombrent :

46 amputés **24** du membre inférieur et **22** du membre supérieur, **32** ont perdu l'un ou les deux yeux

60% des blessés en Libye sont de Misrata, 1500 martyrs sont originaire de la même région et on compte 500 disparus.

Besoins exprimés :

- o Services de réhabilitation
- o Formation du personnel paramédical.
- o Formation des psychologues dans le counseling
- o Création d'un atelier de fabrication d'appareillage et formation du personnel libyen.
- o Soutien psychologique et social des blessés et de leurs familles.
- o Aménagement de l'environnement architectural pour faciliter l'accessibilité de la ville.
- o Création de projets générateurs de revenus par et pour les personnes en situation de handicap.
- o Promulgation de lois au profit des blessés et de personnes handicapées.

VISITE DU CENTRE DE L'ACTIVATION MENTALE A MISRATA

Création 1985 Direction : Mohamed Azaalouk

Problèmes :

- Locaux pas accessibles aux personnes à mobilité réduite
- Bâtiment à deux étages, long couloir et salles de classe alignées sur un côté à l'ancienne.
- Mobilier pas adapté à la taille des enfants bureaux à deux places (pupitre).
- Manque flagrant de matériel éducatif adapté.
- Manque de programmes adaptés (PEI).
- Les institutrices ne sont pas spécialisées.

Nombre d'enfants : 57, âgés de 8 à 18 ans

Population : Enfant et adolescent présentant un échec scolaire et un déficit mental léger, calculé par des tests d'intelligence qui ne sont pas adaptés aux enfants libyens.

Personnel : 48, dont

- 11 institutrices
- 13 Aides institutrices
- 4 éducatrices
- 2 moniteurs de sport
- 6 psychologues (4 volontaires et deux salariés).
- 1 sociologue

Le reste du personnel n'a pas encore rejoint son poste

Pas d'orthophoniste, la formation n'est pas dispensée en Libye

Chaque groupe est encadré par une institutrice, une aide institutrice et d'une éducatrice.