

## CHAPITRE 4

## L'ACTION APRES LA CATASTROPHE

## L'ACTION APRES\* LA CATASTROPHE

### ■ Le support national à l'action locale

En cas de catastrophe majeure, avec des dommages importants, l'action locale n'a pas de chance d'aboutir à une reprise de la vie des communautés sinistrées si elle n'est pas soutenue par l'action nationale dans les différents domaines clé de la vie sociale et du développement (voir aussi plus loin).

Sur le plan de l'effort financier, dès les premières heures le niveau national, selon l'importance des dommages, doit prévoir et rendre disponibles les ressources financières nécessaires pour les sauvetages et la reprise de la vie.

Sur le plan sanitaire il est important qu'au niveau national soit fait un effort pour le soutien et le développement des services de SSP. Souvent d'ailleurs les hôpitaux de la zone sont endommagés et il ne reste dans l'immédiat, qu'à potentialiser l'action qui peut être menée au sein des communautés à partir des bases opérationnelles simples (dispensaires, centres locaux, abris provisoires). En même temps il faut prévoir le renforcement du système de communication et de transport pour que l'action locale puisse compter sur l'appui des structures spécialisées et des hôpitaux plus centraux. Du niveau central doivent partir des dispositions pour la mobilité du personnel et l'éventuelle distribution territoriale adéquate. Il ne faut pas qu'il y ait cloisonnement entre le personnel des hôpitaux et celui des SSP et entre le personnel sanitaire et celui des services sociaux: le travail en collaboration est essentiel pour l'analyse des besoins, l'intégration et l'adaptation des réponses.

Du point de vue de l'organisation nationale, dès les premiers instants doit être activé le centre national pour la coordination globale (interministérielle) des informations et des secours. Au sein de ce centre il y aura l'organisation nationale spécifique pour la coordination de l'information et de l'action sanitaire. Celle-ci établit le contact a-

---

\* Voir les phases des catastrophes (premier chapitre et tableau I)

vec les structures du niveau intermédiaire qui, à leur tour, sont en liaison stable avec les équipes locales (fig.2).

Sa tâche est de donner des indications claires pour le recueil des informations utiles au niveau de l'Etat (qui ne doit pas être encombré avec les informations d'intérêt exclusivement local). Ces informations sur la situation sanitaire des zones frappées servent à:

- . la sélection et quantification des équipements, du matériel, des médicaments, des fournitures et du personnel à repérer et envoyer dans la zone
- . la désignation et le renforcement des structures spécialisées et des hôpitaux qui doivent servir de support à l'action locale et où pourront être évacués les sujets dont on ne peut pas s'occuper sur place
- . les décisions sur les mesures de protection sanitaire à prendre suivant les cas
- . l'organisation du système de transport sanitaire vers et à partir de la zone frappée
- . la gestion rationnelle de l'aide sanitaire venant des Organismes Internationaux compétents et des offres d'aide extérieure.

Il est important, comme on a dit, que dans tous ces domaines il y ait eu préalablement au niveau national une préparation spécifique qui se traduit en schémas d'organisation et mise au point de fiches et moyens pour l'information. Il faut considérer toutefois que le matériel et l'organisation préparés doivent être adaptés à la situation particulière créée par la catastrophe. Dans ce but, avant que le système d'informations sanitaires puisse fonctionner (ce qui ne devrait en tout cas prendre plus que quelques heures), le niveau national peut commencer à utiliser les premières informations venant de l'armée, notamment à travers des survols par avion ou par hélicoptère des zones frappées et des relevés photographiques aériens.

Déjà quelques heures après l'impact il doit être possible d'activer pleinement le système de coordination des secours et de la communication entre les niveaux national, intermédiaire et local.

Comme le montrent les fig. 1 et 2, la coordination des informations et des secours en cas de catastrophe se base sur le fonctionnement plus intense, plus intégré et finalisé à l'urgence, des structures et services normalement existants. Ce système va rester en place et va être l'axe autour duquel tournera l'organisation sanitaire pendant tout le temps de l'après-catastrophe.

■ Le support intermédiaire à l'action locale:  
tâches générales et évaluation des besoins

Après la catastrophe, les tâches du personnel des SSP peuvent se regrouper, du point de vue de l'organisation pratique du travail, en trois moments essentiels:

- . l'organisation pour connaître la situation de santé des individus et des communautés sinistrés, évaluer les besoins, recueillir, enregistrer, faire circuler et coordonner l'information
- . l'organisation pour répondre aux demandes de soins venant des individus et des familles
- . l'organisation de programmes d'activités qui poursuivent des objectifs clairs de maintien de la santé et s'adressent aux groupes de population concernés par les objectifs qu'il faut atteindre.

La composition des équipes des SSP et l'organisation des structures (centres, dispensaires, hôpitaux primaires etc.) est très variable suivant les pays; cela rend difficile d'indiquer un schéma d'organisation qui serait valable pour toute situation.

Toutefois, quelle que soit l'extension du territoire et le nombre de personnes desservies, on peut considérer un niveau local et un niveau intermédiaire d'action.

Il est vrai que dans beaucoup de zones rurales le niveau local de l'action est assuré par un seul agent de santé équipé de façon élémentaire. Mais il faut considérer que les catastrophes sont le résultat non seulement de la violence de l'événement naturel, mais aussi et surtout du fait que la zone frappée est très peuplée, qu'il y a des constructions, des activités économiques et des structures sociales complexes.

La région à l'ouest d'Arusha en Tanzanie, par exemple, est secouée fréquemment par des tremblements de terre violents, mais cela n'a jamais causé de catastrophes dans la mesure où c'est une zone peuplée de nomades et où les villages sont constitués par des maisons unifamiliales, faites de bois, des feuillages et de terre sèche.

De fait les zones les plus exposées aux catastrophes sont aussi des zones peuplées où il y a, par conséquent, des chances que les SSP soient mieux équipés qu'un dispensaire rural.

On peut considérer que, dans la plupart des cas, le niveau local des territoires exposés aux catastrophes dispose au moins d'une petite équipe de santé, et que le niveau intermédiaire dispose de spécialistes,

médecins, pharmaciens, vétérinaires et personnel de santé expert qui peut être engagé dans les activités de soutien des équipes locales.

Le rapport entre équipe locale et personnel intermédiaire est très variable. Dans les territoires très étendus et où la population vit dans des villages de quelques milliers d'habitants, l'équipe locale de santé, malgré ses liens avec le niveau intermédiaire, doit souvent compter sur ses propres forces.

Mais dans les zones plus peuplées et urbanisées le niveau intermédiaire est souvent assez proche des équipes locales. Dans certains cas le personnel local de santé est lui même rattaché à une structure complexe (hôpital, centre polyvalent). Dans tous les cas le personnel du niveau intermédiaire peut travailler en étroite collaboration avec les équipes locales.

Du point de vue de l'organisation du travail il faut considérer que toutes les activités dont ce chapitre traite demandent non seulement le soutien et la présence périodique du personnel du niveau intermédiaire mais aussi sont élaborées et coordonnées à ce niveau, qui, à son tour, fait référence aux dispositions nationales et internationales.

Il faut que l'action locale soit encadrée dans des initiatives de caractère plus général, coordonnées par des structures prédisposées pour desservir des populations de plusieurs dizaines de milliers, ou parfois quelques centaines de milliers de personnes (niveau intermédiaire). Seulement ces structures peuvent avoir les technologies, les équipements et les spécialistes nécessaires, et effectuer la coordination indispensable.

Mais cela ne veut pas du tout dire que l'équipe locale doit avoir une fonction purement exécutive et bureaucratique. Au contraire, de son travail et de la qualité des rapports qu'elle établit avec la population sinistrée dépend largement la réussite des programmes et des activités.

C'est au niveau intermédiaire que se fait la synthèse des communications et informations venant des équipes locales et la coordination de l'action sanitaire pour tous les aspects qui dépassent les possibilités autonomes du personnel local.

Le personnel du niveau intermédiaire, chargé de la synthèse des informations venant des équipes locales, et de l'évaluation des besoins, prépare, pour le niveau national, les fiches et les rapports de synthèse qui contiennent aussi la traduction de l'évaluation des besoins en demandes de fournitures: médicaments, matériel et équipements sanitaires, personnel, moyens de transport, potentialisation de structures, aide d'experts etc.).

Dans la période qui suit la catastrophe les tâches du personnel des SSP au niveau intermédiaire peuvent se résumer comme suit:

- . recevoir et faire la synthèse des informations et des rapports des équipes locales; préparer les rapports sur les besoins de toute la zone sinistrée dont il s'occupe
- . élaborer les données épidémiologiques venant des équipes locales et mettre en évidence les problèmes sanitaires prioritaires, les dangers qui apparaissent, les tendances qui se manifestent (par exemple: augmentation du paludisme, présence de malnutrition, foyers de maladies transmissibles etc.)
- . examiner les demandes de matériel sanitaire, équipements et médicaments, les vérifier, si nécessaire, avec l'équipe locale, distribuer l'envoi des fournitures en tenant compte des ressources totales disponibles, de ce qui est disponible sur place, de la gravité des situations signalées
- . adapter le système pour l'information (et notamment indiquer le type de données prioritaires qui doivent être recueillies par toutes les équipes locales) sur la base de l'évolution de la situation sanitaire
- . organiser les programmes d'action sanitaire pour la nutrition, la lutte contre les maladies transmissibles, l'assainissement et l'hygiène, les groupes-à-risque
- . donner les conseils techniques nécessaires ou demandés au niveau des équipes locales, par exemple sur: modalités de désinfection, assainissement de l'eau et du milieu, signes précoces pour dépister des pathologies dont on craint le développement (par exemple: malnutrition), utilisation correcte et doses efficaces des médicaments etc.
- . organiser un laboratoire d'appui pour les équipes locales, le transport des prélèvements et la communication des résultats
- . organiser le support des activités locales à travers la visite de spécialistes ou de personnel expert
- . prédisposer et organiser l'information sur les lieux de soins équipés vers lesquels évacuer les malades dont on ne peut pas s'occuper sur place
- . collaborer avec les équipes dans les autres secteurs.

Il est entendu que la réalisation des activités décrites dans les paragraphes suivants présuppose la collaboration étroite entre niveau local et niveau intermédiaire des SSP.

Le Tableau X résume les tâches principales du personnel des SSP après la catastrophe aux différents niveaux.

### ■ L'organisation du travail de l'équipe locale de santé après la catastrophe

Si la catastrophe a provoqué beaucoup de dommages et surtout si la population est obligée de vivre en abri provisoire, sur place ou dans le lieu d'évacuation, le personnel des SSP doit être prêt à s'organiser pour une action post-catastrophe qui peut se prolonger plusieurs mois, voir des années.

Dans les paragraphes suivants on examine les étapes et les activités essentielles de l'équipe locale de santé. Celles-ci peuvent se regrouper autour de trois grands axes:

- . le fonctionnement de la base opérationnelle et la réponse aux demandes de soins
- . l'organisation du système pour le recueil et la circulation de l'information sur les besoins, les ressources et les autres facteurs pour la gestion des problèmes de santé et de survie
- . les initiatives et les programmes qui s'adressent aux différents groupes de la communauté.

L'action pour le bien être des individus et des familles, pour autant que cela est possible en situation de catastrophe, fait partie intégrante du maintien de la santé. Le personnel des SSP doit tout faire pour améliorer les conditions de vie et l'atmosphère affective de la communauté (action pour la qualité de la vie, initiatives culturelles, loisirs etc.).

L'équipe locale de santé est aidée par le personnel et les spécialistes du niveau intermédiaire, et éventuellement par les volontaires venus de l'extérieur.

Le travail se déroule souvent dans des conditions difficiles, au milieu d'une communauté souffrante et avec des moyens limités. C'est après la catastrophe que les qualités professionnelles et humaines du personnel des SSP décrites dans le premier chapitre, se révèlent essentielles. Ces qualités sont en effet à la base de toutes les activités faisant l'objet de ce chapitre.

Tableau X

Tâches principales des SSP dans les programmes et activités de santé après la catastrophe.

Niveau National: -Coordination générale  
 -Support technique aux autorités pour l'évaluation des financements et la préparation des actes administratifs  
 -Identification des objectifs généraux des programmes  
 -Dispositions générales pour l'organisation des services, l'adaptation des structures et la mobilité du personnel  
 -Organisation générale du système d'information et épidémiologie  
 -Coordination de l'approvisionnement pour les zones sinistrées en médicaments, matériel, équipements et personnel sanitaire  
 -Coordination avec d'autres départements et secteurs appropriés  
 -Coordination de l'aide sanitaire offerte par d'autres Pays.

Niveau intermédiaire : -Coordination opérationnelle  
 -Identification du personnel spécialisé qui doit collaborer avec (et visiter) les équipes locales  
 -Identification des structures spécialisées pour l'assainissement, les laboratoires, les autres équipements et technologies pour le support de l'action locale  
 -Articulation des objectifs et organisation des modalités opérationnelles des programmes  
 -Coordination de l'information et des activités épidémiologiques  
 -Identification et préparation des structures spécialisées et des hôpitaux vers lesquels évacuer les sujets qui ne peuvent pas être pris en charge localement  
 -Distribution rationnelle de l'approvision-

nement sanitaire des équipes locales.

- Niveau local :
- Soins courants
  - Organisation des groupes de la population locale concernée par les programmes d'action/éducation
  - Capacité d'obtenir la participation des personnes concernées et de stimuler leur position active
  - Rédaction de fiches et de rapports
  - Organisation du système local pour le recueil et la circulation de l'information, pour les activités épidémiologiques de base et pour la connaissance et l'analyse des besoins
  - Réalisation des activités et des programmes d'action/éducation, assainissement, hygiène, nutrition, lutte contre les maladies transmissibles, grossesse, groupes-à-risque, action communautaire, entraide et lutte contre les phénomènes de marginalisation, santé des animaux, autres)
  - Répercussion au niveau intermédiaire des difficultés et des inconvénients dans la réalisation des activités, dans le but d'améliorer l'organisation et la qualité des activités
  - Coopération au niveau local avec d'autres secteurs (éducation, plans de réhabilitation, de développement de reconstruction etc.)

## ■ La base opérationnelle et les soins courants

La base opérationnelle du personnel local de santé peut être, on l'a vu, le dispensaire ou le centre de santé, s'il n'a pas été endommagé. Autrement elle doit être apprêtée dans un abri provisoire qui doit répondre aux caractéristiques suivantes:

- . emplacement sûr, protégé de l'écoulement des eaux et, autant que possible, des agents atmosphériques, éloigné des gîtes larvaires de moustiques et des dépôts d'ordures
- . accessibilité par la route ou par les chemins et proximité immédiate des autres abris provisoires
- . disponibilité de place pour contenir convenablement:
  - . matériel et équipements sanitaires (voir annexe)
  - . médicaments, désinfectants (voir annexe)
  - . équipements pour le fonctionnement de la base opérationnelle, suivant l'étendue et la complexité des fonctions qu'elle assure
  - . locaux pour les soins
  - . quelques lits
- . installation de lavabos ou bacs de 2-3 mètres de longueur
- . installation de douches, disponibilité de baignoires
- . installation de toilettes avec siège et urinoirs
- . approvisionnement en eau saine de 40-60 litres par jour et par personne
- . système pour le ramassage et l'évacuation des déchets (à incinérer)
- . nécessaire pour préparer et servir des repas chauds
- . . fourniture de draps, couvertures, bottes, vêtements, linge de toilette
- . dotation de groupes électrogènes, batteries, système d'éclairage autonome, moyens de chauffage, réfrigérateur
- . dotation de moyens de transport et de communication.

La base opérationnelle est le point de référence pour tout le personnel engagé dans l'action locale de santé publique, y compris éventuellement les professionnels qui en temps ordinaire exercent en privé, les professionnels conventionnés et les volontaires locaux ou venant de l'extérieur.

La base opérationnelle doit être connue rapidement par la population, qui s'y adresse pour tout problème de santé.

Face aux demandes ou aux besoins de soins il faut d'abord s'organiser pour répondre directement avec les moyens et les capacités professionnelles dont on dispose sur place. La base opérationnelle est le point où se déroulent les soins courants et, suivant les cas, les consultations médicales et les actes professionnels des autres membres de l'équipe. Le Tableau XI résume les activités plus communes qui se déroulent dans la base opérationnelle en réponse à la demande de soins.

Lorsqu'il y a une disponibilité de personnel il faut développer les visites à domicile et dans les abris provisoires, qui sont toujours aussi une occasion d'éducation pour la santé.

Lorsqu'il y a disponibilité de médecins, il faut organiser une garde médicale dans la base opérationnelle et, si possible, une disponibilité médicale pour aller à domicile ou dans les abris provisoires.

Il faut s'organiser pour le transport et acheminement des malades dont on ne peut s'occuper sur place, vers les structures de diagnostic et de soins concordées avec le niveau intermédiaire (ambulance ou autre moyen de transport).

De même, pour les cas qui ne nécessitent pas de transport urgent, il faut orienter clairement les personnes vers les structures du niveau intermédiaire dont elles ont éventuellement besoin, essayer de préparer leur accueil par téléphone (lorsque possible) et maintenir le contact avec l'équipe du niveau intermédiaire pour la continuité des soins.

Surtout après une catastrophe qui a provoqué un grand nombre de traumatismes, fractures, luxations, troubles neurologiques (par exemple après un tremblement de terre) il est important d'essayer d'organiser des séances de réhabilitation physique dans la base opérationnelle. Elles sont une occasion de rencontre et d'éducation pour la santé. Le thérapeute de la réhabilitation, envoyé d'ordinaire par le niveau intermédiaire, peut former un agent de santé local pour certaines pratiques de réhabilitation (exercices, massages, etc.). Sont également importantes les séances d'éducation pour l'entretien et l'utilisation des différents types de prothèses.

Tableau XI Soins courants dans la base opérationnelle de l'équipe locale de santé

- . Examen des patients: état général, hydratation, oedèmes  
toux, bruits respiratoires, douleurs  
pouls, température, tension artérielle, poids, respiration etc.
- . Traitement de petites plaies
- . Traitement des abcès
- . Traitement des brûlures
- . Pansements
- . Application de collyres et pommades ophtalmologiques
- . Administration de médicaments
- . Injections intramusculaires
- . Perfusions
- . Vaccinations
- . Immobilisations, bandages
- . Prélèvements: urines, frottis sanguins, sang veineux, selles, crachats, peau, muqueuses
- . Soutien psychologique et social
- . Autres prestations et activités sanitaires/médicales, notamment celles nécessaires pour les programmes de prévention, d'action médico-sociale et de réhabilitation

## ■ L'information, l'évaluation des besoins et des ressources au niveau de la communauté

### Le réseau local pour l'information

Le réseau local pour le relevé et la circulation de l'information sur les besoins et les ressources doit être activé immédiatement après l'impact (voir chap.III). Dans les jours suivants il peut être mieux organisé et stabilisé pour le temps nécessaire. D'ailleurs c'est une modalité de fonctionnement des SSP qui est valable aussi en temps ordinaire.

Le réseau se base sur la subdivision de la communauté en groupements de noyaux familiaux voisins. Chaque groupement de familles nomme une personne chargée de recueillir l'information auprès de chaque noyau et de tenir le contact quotidien avec le coordonnateur de l'information dans l'équipe de santé.

L'ensemble de la population locale peut, par exemple, être subdivisé en groupements de dix noyaux familiaux. Dans l'hypothèse de noyaux de dix membres, une population de deux mille habitants sera divisée en environ vingt groupements. Le coordonnateur de l'information, maintenant le contact avec les vingt responsables des groupements, aura un tableau, quotidiennement mis à jour, de la situation de la communauté entière (fig. 15). Ce système peut fonctionner mieux si:

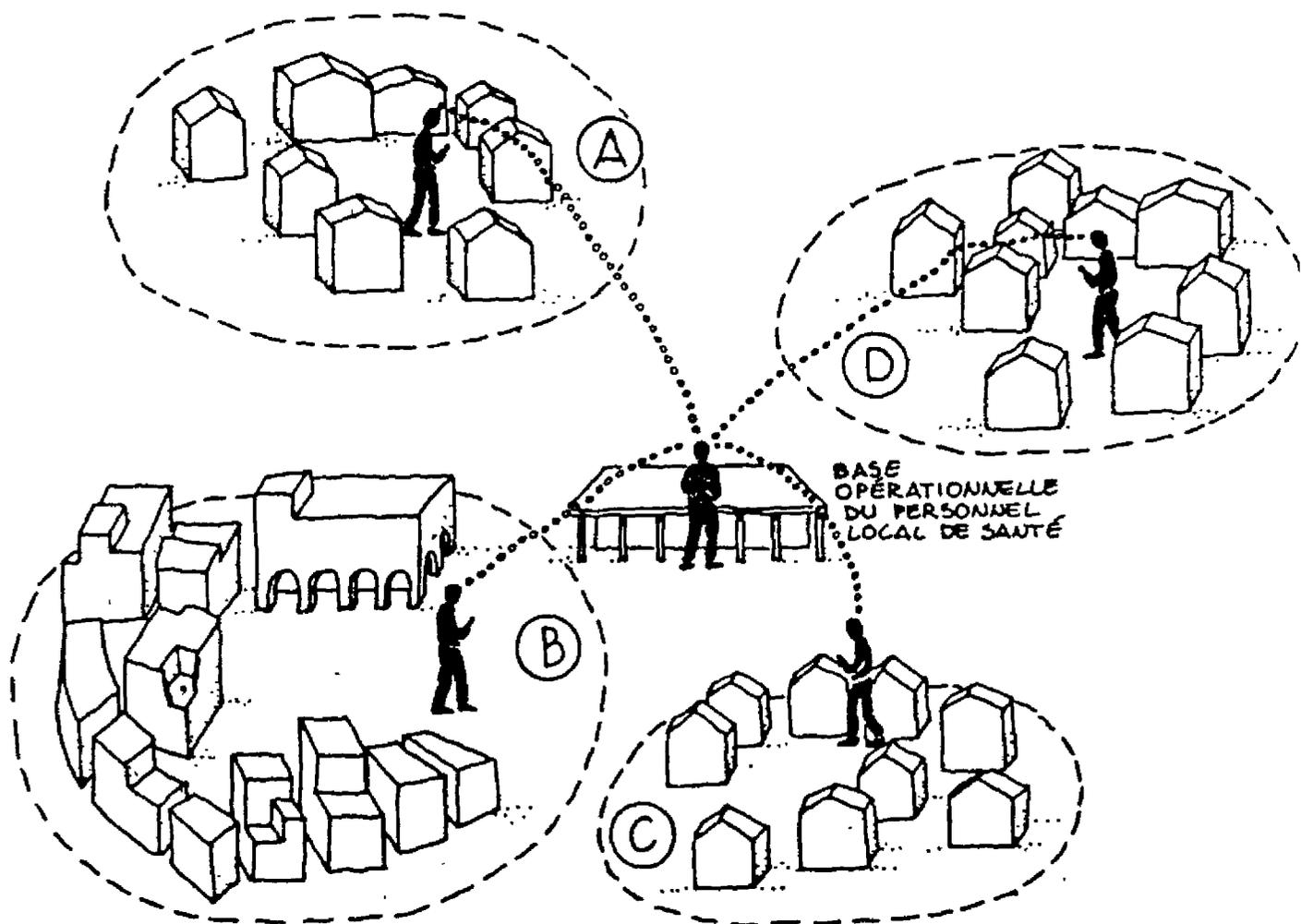
- . il a été expérimenté ou, mieux encore, s'il fonctionnait comme réseau local pour l'information avant la catastrophe
- . le personnel a tenu des réunions sur place pour bien expliquer le sens et le fonctionnement du système d'information en obtenant la participation des familles ou des chefs de famille
- . la personne responsable de l'information pour chaque groupement jouit de la confiance des familles
- . les responsables savent lire et écrire.

### L'action des responsables des groupements de familles

Le but du réseau est d'abord de recueillir les informations importantes pour la santé concernant, par exemple:

- . les sinistrés qui ont besoin de soins d'assistance
- . les dangers pour la santé, la surveillance des maladies

# RÉSEAU LOCAL POUR L'INFORMATION ET LA COMMUNICATION À TRAVERS LES GROUPEMENTS DE FAMILLES



- CHAQUE GROUPEMENT (A, B, C, D, ...) DE FAMILLES EXPRIME UN RESPONSABLE DE L'INFORMATION POUR LES BESOINS DE SANTÉ ET DE SURVIE
- LE RESPONSABLE DE CHAQUE GROUPEMENT EST EN CONTACT QUOTIDIEN AVEC LE MEMBRE DU PERSONNEL DES SSP CHARGÉ DE LA COORDINATION DE L'INFORMATION
- PÉRIODIQUEMENT, CELUI-CI TIEN DES RÉUNION DANS LES GROUPEMENTS

- . la situation sanitaire et hygiénique, la désinfection
- . les nécessités d'assainissement de l'habitat
- . l'alimentation et la situation nutritionnelle
- . l'approvisionnement en eau saine
- . la lutte contre les parasites, les rongeurs, les vecteurs de maladies transmissibles
- . la santé des animaux.

Le réseau de base pour l'information auprès des familles peut recueillir, en accord avec les responsables des autres services de la communauté, un certain nombre d'informations importantes pour la survie ou la reprise de la vie sociale. Il s'agit d'informations concernant des besoins tels que:

- . l'abri provisoire: construction, entretien, matériel nécessaire (toiles ondulées, planches, éléments préfabriqués, etc.), outils, etc.
- . la protection contre le froid et les intempéries: vêtements, chaussures, couvertures, bottes, imperméables, etc.
- . le chauffage
- . l'éclairage
- . la préparation des repas chauds
- . le transport
- . la communication, notamment pour la réunion des familles
- . l'évacuation des déchets
- . la gestion des animaux: l'abri, les aliments, la traite des vaches, etc.
- . les sources d'énergie: essence, pétrole, gaz en bombonne, mazout, batteries, piles
- . les machines et les outils nécessaires pour différents travaux essentiels.

Chaque responsable de groupe dispose d'une fiche, où sont notées les informations essentielles pour le coordonnateur de l'information dans l'équipe de santé. Elle est remise personnellement, pour avoir la possibilité de préciser et discuter les informations notées.

La fiche, préparée et discutée avant la catastrophe, dans le cadre des activités préventives ou ordinaires des SSP, doit être vérifiée, et é-

ventuellement adaptée après la catastrophe. Le coordonnateur doit tenir des réunions avec tous les responsables de l'information pour les groupements afin de bien mettre au point, et d'adapter au fur et à mesure, les modalités pour le relevé et les types d'informations à chercher.

Dans la fig.16 on trouve un exemple de fiche à l'usage des responsables des groupements de familles. La fiche présuppose que chaque responsable "fasse le tour" (quotidien au début, puis plus espacé) des abris dont il est chargé: il recueille les informations et les note sur la fiche. Son "tour" est aussi l'occasion pour discuter des problèmes de santé: il devient un agent d'éducation pour la santé si le coordonnateur lui donne des indications simples et claires sur les thèmes essentiels: hygiène, nutrition, prophylaxie, assainissement, traitements de longue durée.

Le responsable de groupement de familles a aussi la charge de relever, noter et transmettre, les besoins en médicaments, produits pour l'hygiène et la désinfection, aliments particuliers pour malades, enfants, femmes enceintes, produits indispensables pour la survie, et autres besoins fondamentaux.

La fig.17 donne un exemple de fiche pour le relevé hebdomadaire des besoins. Le responsable de groupement pourrait organiser, pour le relevé hebdomadaire, une courte réunion des familles pour discuter des besoins et des réponses. Périodiquement le coordonnateur pour l'information vient dans les groupements pour voir directement la situation et discuter avec les familles.

Ce réseau capillaire d'information peut être organisé pour des communautés plus ou moins peuplées. Si la communauté comprend plusieurs milliers de membres il faudra subdiviser le territoire habité en fractions en tenant compte du fait qu'un seul agent de santé ne peut s'occuper valablement de plus de quelques milliers de personnes. De fait, lorsqu'on dispose d'un nombre limité de personnel de santé et que la communauté est vaste, il ne reste qu'à subdiviser le territoire habité en autant de fractions qu'il y a de personnel disponible et essayer de multiplier les ressources à travers les volontaires et la participation.

A travers ce système on a en place un élément essentiel pour la connaissance et l'évaluation des besoins.

#### **Le rapport périodique de l'équipe de santé**

Dès que possible l'équipe de santé prépare un rapport périodique (hebdomadaire au début, puis mensuel) dans lequel sont résumées les informations qui ont été annotées quotidiennement sur une grande feuille ou

Fig. 16 Fiche pour l'information sanitaire à l'usage des responsables des groupements de familles

Date.....	
Groupe.....	
Préparée par.....	
	(nom du sujet, abri/habitation, notes)
Fièvre	
Diarrhées	
" ne va pas bien "	
(nom, abri/habitation, ce qui ne va pas)	



dans un cahier. Ce rapport est envoyé au niveau intermédiaire, qui dispose ainsi d'un élément supplémentaire essentiel pour la connaissance et l'évaluation de la situation locale. La fig.18 donne un exemple de fiche pour le rapport de l'équipe locale de santé avec des informations essentielles à noter.

Les informations essentielles pour le travail sanitaire et l'épidémiologie de base concernent:

- . la composition de la communauté: en situation de catastrophe il peut y avoir des variations importantes non seulement à cause des décès et des sujets évacués, mais aussi parce qu'un certain nombre de familles ou d'individus peuvent décider de quitter, temporairement ou définitivement les lieux. On assiste d'autre part, soit à l'arrivée sur place de personnes d'origine du lieu mais qui vivaient ailleurs, soit, après des semaines ou des mois, au retour de ceux qui avaient quitté les lieux dans les premiers jours après la catastrophe. Il est important de connaître les tranches d'âge de la population locale pour adapter les programmes d'activité sanitaire et pour évaluer les besoins en vaccins, médicaments, aliments, autres fournitures
- . le personnel de santé, parmi lequel il faut compter aussi les volontaires locaux ou venant de l'extérieur
- . les causes de décès qui sont un indicateur universellement utilisé pour évaluer la situation sanitaire
- . les cas dont on n'a pas pu s'occuper sur place et les raisons qui ont déterminé la décision de l'évacuation. Cela permet de définir de façon réaliste le champ d'action de l'équipe locale de santé
- . les structures vers lesquelles l'évacuation s'est faite: cela permet d'adapter les indications successives de la part du niveau intermédiaire pour l'utilisation rationnelle des structures d'appui et des centres spécialisés
- . les symptômes/maladies vus par l'équipe de santé locale: cela permet de connaître le type de pathologie qui se développe et le nombre de personnes touchées
- . les programmes et les activités en cours: cela permet au niveau intermédiaire de tenir compte de ce que l'équipe locale a déjà entrepris, de lui donner des indications pour adapter son action en fonction des prévisions épidémiologiques réalisées au niveau intermédiaire, et selon l'évolution de la situation sanitaire dans l'ensemble de la zone sinistrée

