

## Chapitre 4

# L'action du PLS

### **Les problèmes de santé de l'après-catastrophe et l'organisation du PLS**

Après la phase des soins d'urgence, en même temps que la nécessité de reprendre les activités ordinaires de santé, se présentent les problèmes particuliers de l'après-catastrophe :

- les complications et les séquelles éventuelles des traumatismes, des fractures, des blessures, des brûlures,
- la possibilité que les mauvaises conditions d'hygiène et de vie facilitent la reprise et la diffusion de maladies déjà présentes dans la zone,
- la souffrance et le malaise psychologique qui affectent les individus et réduisent les capacités de reprise de la communauté

Le PLS doit s'organiser en incluant ces nouveaux problèmes dans les différents aspects de son action, qui comprend :

- le fonctionnement du CSH et les soins courants,
- le système de surveillance des maladies,
- le travail d'éducation pour la santé,
- la reprise des programmes de santé en cours avant la catastrophe (vaccinations, protection maternelle et infantile, lutte contre la tuberculose, le paludisme, les diarrhées, la malnutrition, et les autres problèmes de santé suivant les cas)
- l'action pour la lutte contre la souffrance et le malaise psychologique

La plupart de ces activités nécessite une présence capillaire dans la communauté. Elle ne peut être réalisée que si le PLS organise son travail en s'appuyant sur des volontaires et sur les responsables des groupements de familles. Dans ce contexte, les sections locales de la Croix-Rouge peuvent apporter leur contribution avec des volontaires bien organisés et formés préalablement. Dans toutes les activités le PLS doit essayer de se faire aider par la communauté, en gardant pour soi le travail qui nécessite une capacité professionnelle précise. Cela demande un effort important de formation et de coordination des volontaires. Le PLS doit maintenir le contact avec les autorités du niveau intermédiaire auxquelles, sur la base de l'évaluation du nombre de personnes à assister et du type d'interventions nécessaires, il demande l'aide et les fournitures dont il a besoin :

- médicaments,
- matériels de consommation médicale,
- visites sur place de spécialistes (chirurgie, orthopédie, réadaptation, etc ),

## Après la catastrophe

- liaisons avec les hôpitaux équipés où envoyer les cas dont on ne peut pas s'occuper sur place,
- liaisons avec les laboratoires où envoyer les prélèvements qu'on ne peut pas examiner sur place,
- moyens de communication et de transport
- fournitures générales pour le CSH (couvertures, lingerie, aliments, combustibles, outils, produits d'entretien, etc.)

## La surveillance de l'état de santé de la communauté

Le système de surveillance de l'état de santé de la communauté se fonde sur quelques éléments essentiels :

- le réseau de base constitué par les volontaires et les responsables des groupements de familles,
- les instructions du niveau national ou intermédiaire sur les maladies qu'il faut particulièrement surveiller,
- la possibilité pour le PLS d'envoyer au laboratoire du niveau intermédiaire des prélèvements pour les examens en vue de la confirmation du diagnostic,
- la rédaction de rapports réguliers<sup>4</sup>

La surveillance des maladies doit être particulièrement soignée en présence d'une ou de plusieurs des conditions suivantes :

- présence de foyers endémiques,
- population vivant en abris provisoires,<sup>5</sup>
- concentrations de déplacés vivant en camps ou en terrain non aménagé,
- état nutritionnel précaire ou non satisfaisant,
- difficulté d'approvisionnement en eau potable,
- difficulté d'évacuation des déchets et des eaux usées,
- conditions climatiques défavorables

La surveillance se fait non seulement à travers les données concernant les patients qui s'adressent au CSH mais aussi en tenant compte des activités que le PLS réalise à domicile ou dans la communauté. Un moyen de surveillance important est aussi celui qui utilise le réseau de responsables des groupements de familles. Chaque responsable, aidé éventuellement par des volontaires formés par le PLS, doit faire le tour (quotidien, au début) des abris dont il est chargé. Il recueille les informations et les notes sur une fiche.<sup>6</sup> C'est aussi l'occasion de discuter des problèmes de santé. Il devient un agent d'éducation pour la santé, si le PLS lui donne des indications simples et claires sur les thèmes essentiels et lui apprend comment tenir des réunions et organiser des activités éducatives. Les cas de maladies dépistées ou soupçonnées seront signalés dans le rapport du PLS. Les informations venant du PLS permettront au niveau intermédiaire de faire des synthèses, d'identifier les foyers et les tendances des maladies et de prendre les dispositions nécessaires.

L'étude épidémiologique des catastrophes récentes montre que les épidémies consécutives aux désastres sont exceptionnelles. Il faut toutefois considérer la possibilité que la situation hygiénique précaire favorise, après le désastre, la diffusion de maladies préexistantes dans la région. Le danger sera d'autant plus réel que la situation antérieure était mauvaise. Souvent des rumeurs alarmantes sur l'apparition de foyers infec-

<sup>4</sup> Voir page 36

<sup>5</sup> Voir annexe 1

<sup>6</sup> Voir annexe 2

tieux se répandent et quelquefois la presse, les media et même les milieux médicaux finissent par confirmer et amplifier ces rumeurs. Face à cette situation, caractérisée par la présence d'un risque potentiel et d'éléments irrationnels, le PLS doit intensifier la surveillance des maladies transmissibles de façon à pouvoir disposer d'une information objective sur la situation et à rassurer les autorités et le public

### Les vaccinations

Le fait que les catastrophes, en général, n'engendrent pas d'épidémies devrait permettre d'affirmer qu'il n'y a pas à priori besoin d'improviser des campagnes de vaccination spéciales après une catastrophe. Cependant le public, les autorités ou la presse exercent une pression pour lancer des vaccinations de masse. C'est une attitude qui n'est pas appuyée par des données ou par l'expérience. Celle-ci semble montrer, au contraire, que détourner des énergies précieuses au profit de vaccinations non nécessaires (par exemple contre le choléra ou la fièvre typhoïde) nuit aux programmes importants (par exemple contre le paludisme) et aux besoins plus urgentes.

Il faut donc continuer et renforcer les vaccinations qui se pratiquent en temps ordinaire dans le pays et ne pas lancer de campagnes spéciales après la catastrophe. La surveillance épidémiologique et l'information objective devraient rassurer le public et les dirigeants politiques

### La nutrition

Les problèmes de nutrition se posent surtout après des sécheresses prolongées. Mais ils peuvent se présenter aussi après certains types de catastrophes lorsqu'il y a eu des dommages aux cultures, aux réserves, aux structures pour l'alimentation et qu'il y a des difficultés de ravitaillement.

Les pays dans lesquels ces problèmes se posent le plus facilement sont ceux où déjà en temps ordinaire l'état nutritionnel de la population n'est pas satisfaisant. Les groupes plus vulnérables sont :

- les nourissons (spécialement ceux qui ne sont pas allaités par leur mère),
- les enfants,
- les femmes enceintes,
- les femmes allaitantes,
- les malades

Les enfants ont des besoins nutritionnels très élevés par rapport aux adultes. On trouvera à l'annexe 3 un tableau qui donne des indications sur les besoins en calories et en protéines.

La surveillance de l'état nutritionnel se base sur les signes cliniques de malnutrition et sur les mensurations suivantes :

- Poids en fonction de la taille : on considère que les enfants qui se trouvent au dessous du 70% du poids normal sont en état de malnutrition importante et ceux entre 70% et 80% en état de malnutrition modérée. L'annexe 3 résume les pourcentages de déviation par rapport au poids normal en fonction de la taille
- Circonférence du bras (moyen plus rapide mais moins sûr) : cette mesure se fait sur le bras gauche du sujet à mi-hauteur entre l'extrémité de l'épaule (acro-

## Après la catastrophe

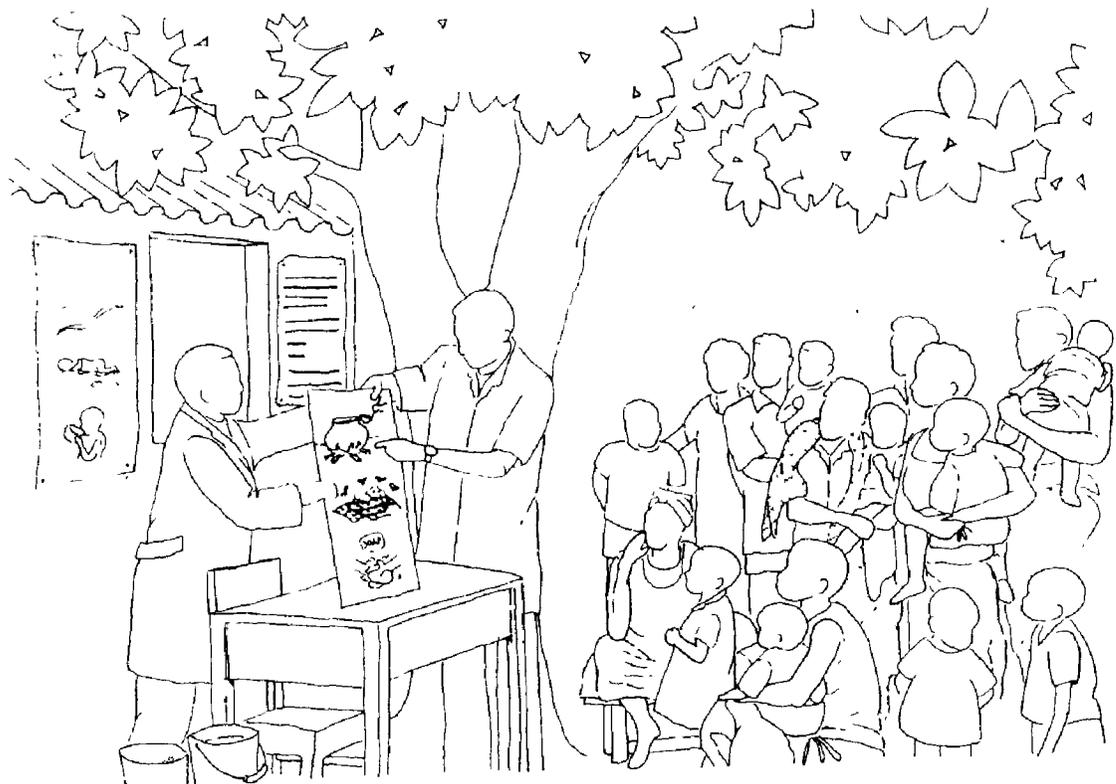
mon) et la pointe du coude (olécrâne) On considère en état de malnutrition importante l'enfant dont la circonférence du bras est inférieure au 70% de la valeur standard. L'annexe 3 résume les pourcentages de déviation de la circonférence du bras par rapport à la valeur normale

L'éducation pour la nutrition doit être basée sur l'utilisation des aliments disponibles sur place pour la préparation de repas équilibrés. En général, un repas équilibré doit contenir au moins 20 grammes de protéines et l'apport en matière grasse doit être entre le 20% et le 40% du total des calories. Il doit contenir des glucides (sucre, céréales, tubercules), des vitamines et des sels minéraux.

## L'éducation pour la santé et l'assainissement

Lorsque les gens vivent en abn provisoire et tout particulièrement quand il y a des concentrations de déplacés, les activités d'éducation pour la santé sont très importantes. Voici quelques thèmes sur lesquels développer l'action d'information/éducation :

- utilisation de l'eau, propreté et protection des récipients pour l'eau à boire, potabilisation (ébullition, filtres), écoulement des eaux usées,
- utilisation des latrines et maintien de la propreté,
- élimination des déchets, éducation pour la propreté des espaces communs par l'utilisation des décharges contrôlées,
- propreté des abris,
- lutte contre les poux et d'autres parasites,
- lutte contre les mouches, les insectes vecteurs de maladies, les rongeurs maintien de la propreté protection des aliments petit assainissement



Le PLS doit se faire aider par des volontaires de santé qu'il faudra former en quelques jours (si on ne l'a pas fait avant) et guider dans leur action. Il est important non seulement que les gens participent, mais qu'ils soient engagés dans la réalisation des activités. Il faut, autant que possible, confier des tâches d'organisation, d'information et d'aide à des membres de la communauté: il faut que les objectifs et les méthodes d'action soient discutés, partagés, sentis par la population.

### **La santé mentale**

On peut résumer en trois moments les réactions psychologiques observées dans la plupart des catastrophes.

Dans les premières minutes après l'impact, les phénomènes de panique sont rares et se vérifient lorsque une foule est surprise dans un endroit clos (cinéma, lieu de culte, etc.). Dans un certain nombre de cas la peur s'accompagne d'une réaction de stupeur. La personne est bloquée, désorientée. C'est en général un phénomène qui dure peu de temps.

Dans les heures qui suivent l'impact, on assiste dans la plupart des cas à une réaction psychologique caractérisée par l'activisme, la recherche du contact avec les autres, l'engagement spontané dans les secours. Les barrières bureaucratiques et politiques tombent et on assiste aussi à la disparition soudaine des barrières et des défenses psychologiques qui caractérisent les comportements de type privé, réservé. A leur place

s'instaurent d'emblée des comportements marqués par la spontanéité, la solidarité, le débordement affectif. Il est possible que la clarté des objectifs élémentaires de la survie de tous rapproche affectivement les gens. Quelle que soit la raison de cette réaction psychologique positive, elle doit être connue par le PLS (qui d'ailleurs l'éprouve aussi) et considérée comme la ressource la plus précieuse pour faire face à la situation.

Dans les jours qui suivent, on assiste dans un certain nombre de cas à l'instauration progressive de comportements moins actifs. L'état d'excitation diminue et à sa place peut s'instaurer d'abord un malaise psychologique, qui évolue vers une attitude proche de la dépression légère. manque de confiance, fatigue, tristesse, passivité. Progressivement, la réalité de rapports durs, compétitifs, parfois impitoyables, ainsi que la restauration des barrières, des stratifications et des conflits de la vie sociale ordinaire, prennent le dessus. Les réactions de déception ou de dépression peuvent être accentuées par le soupçon de préférences ou de privilèges dans la distribution des fournitures de secours. Face à cette situation, le PLS doit essayer de maintenir et d'approfondir toutes les initiatives communautaires.

De nombreuses expériences menées après une catastrophe, soit par le PLS, soit par des volontaires, montrent que l'action communautaire influence l'état psychologique de la population et constitue un moyen efficace pour prévenir et combattre le malaise et la dépression réactionnelle. De fait, l'activité pour la santé mentale de la communauté coïncide en grande partie, pour le PLS, avec la capacité de stimuler et de favoriser l'association de groupes à des projets visant des objectifs concrets. C'est une capacité d'animation sociale, indispensable aussi d'ailleurs pour la bonne réussite de tout programme d'éducation pour la santé.

En ce qui concerne les troubles psychologiques, la dépression reste un risque majeur à prévenir et à combattre. Par contre, il ne semble pas que les troubles mentaux préexistants subissent une aggravation particulière. On peut assister même à des améliorations spontanées. Dans tous les cas, il faut essayer d'éviter l'exclusion ou l'internement des malades mentaux et des handicapés. L'atmosphère de solidarité et le tissu de rapports affectifs intenses qui se développent après une catastrophe peuvent permettre plus facilement leur intégration dans la communauté et agir comme une véritable psychothérapie.

Dans beaucoup de cas on signale des insomnies, des énurésies chez les enfants, des phénomènes anxieux ou psychosomatiques (palpitations, sueurs, manque d'air, faux vertiges, etc.) qui souvent accompagnent les dépressions légères. Un phénomène très fréquent mérite d'être cité: dans les semaines et parfois les mois qui suivent un tremblement de terre particulièrement fort et qui a provoqué de grands dégâts, on peut déceler des instabilités et des flottements analogues à ceux qui affligent les traumatisés crâniens. Ils disparaissent spontanément, en général, après quelques mois.

### **Les groupes vulnérables**

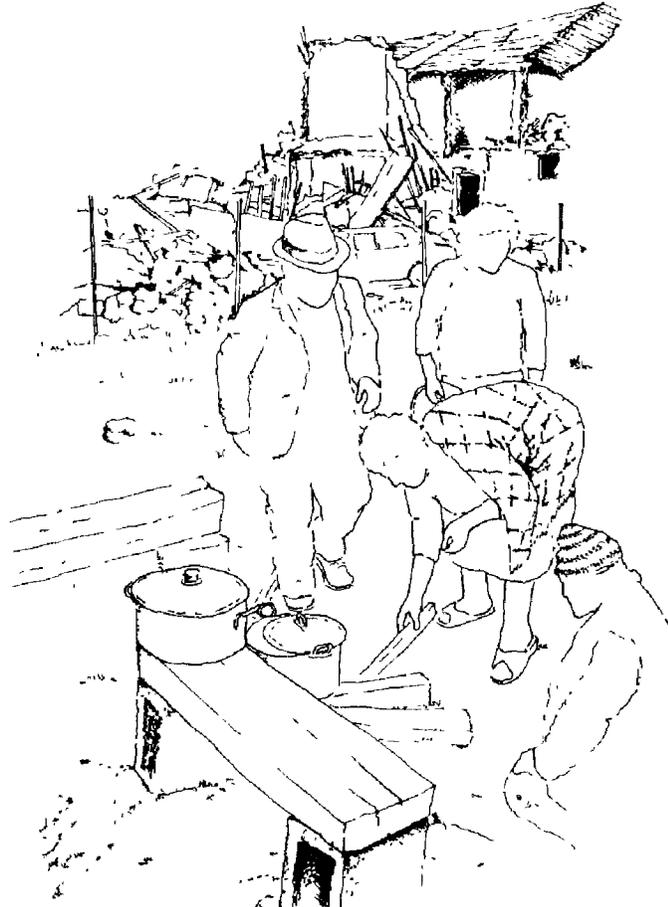
Parmi les différents membres de la communauté on peut identifier des groupes qui, étant exposés avant la catastrophe à des risques spécifiques, peuvent se trouver en difficulté accrue. Le risque est déterminé par

l'action potentiellement nuisible que le milieu après la catastrophe exerce sur ces groupes. On doit considérer deux aspects du risque :

- l'aspect biologique, c'est-à-dire la condition particulière de faiblesse relative de certains sujets par rapport aux difficultés qui peuvent se vérifier après la catastrophe ;
- l'aspect social, c'est-à-dire les composantes culturelles et socio-politiques spécifiques qui peuvent mettre en difficulté certains groupes

Sont exposés aux risques biologiques les femmes enceintes et allaitantes, les enfants pendant les premières années de la vie et les personnes qui ont des maladies chroniques. Pour tous ces groupes les facteurs suivants sont des risques supplémentaires :

- l'exposition aux changements climatiques (froid, humidité, variations brusques, vent),
- la difficulté d'observer le régime alimentaire prescrit (pénurie de certains aliments, difficulté de préparer des repas),
- le fait que la vie quotidienne impose un stress et une plus grande dépense d'énergie (déplacements, transports d'objets, travaux, etc.),
- la fréquence accrue de petits accidents (blessures, traumatismes, brûlures, etc.) qui peuvent déséquilibrer un état précaire,
- le manque d'objets qui facilitent la vie (lunettes, piles d'appareil auditif, etc.),
- les éventuelles difficultés, retards ou irrégularités dans l'approvisionnement en médicaments particuliers nécessaires (antihypertenseurs, insuline, etc.).



## Après la catastrophe

L'aspect social des risques est très variable suivant les sociétés. Dans certains cas, les superstitions, les croyances religieuses, les rumeurs tendent à vouloir identifier des « coupables » de la catastrophe. Il peut y avoir exclusion ou agressivité envers des groupes sociaux ou des individus particuliers. Dans d'autres cas, la catastrophe peut renforcer (passée la première période de solidarité et d'entraide) des mécanismes d'exclusion et de marginalisation déjà présents dans la vie sociale. Certains groupes sociaux ou personnes particulières sont exposés à ces risques : immigrés, malades mentaux, handicapés, pauvres et, en général, les groupes socialement moins forts ou « différents ». Tous les risques sociaux sont accentués et accélérés par l'apparition de phénomènes de corruption, délinquance et dégradation de la vie politique.

Le PLS doit organiser des programmes spécifiques pour les groupes vulnérables. Tout programme favorisera la rencontre entre personnes ayant les mêmes problèmes, l'entraide et la solidarité de la communauté. Les rapports périodiques du PLS doivent tenir compte des fournitures particulières nécessaires pour les groupes vulnérables.

### Le rapport périodique du PLS

Dès que possible le PLS prépare un rapport périodique (hebdomadaire au début, puis mensuel) dans lequel sont résumées les informations qui ont été notées quotidiennement sur une grande feuille ou 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.

Le PLS peut utiliser les fiches normalement prévues pour les rapports de santé, en tenant compte toutefois qu'en situation d'urgence les informations suivantes revêtent une importance particulière :



- *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 originaires 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 nombre et le type de 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



## TROISIÈME PARTIE

# Prévenir et atténuer les conséquences des catastrophes

Cette troisième partie suggère un certain nombre d'activités que la communauté et le PLS peuvent réaliser pour se préparer aux situations d'urgence. Lorsqu'il existe, le plan national pour les situations d'urgence définit aussi les tâches des communautés et du PLS. Dans ce cas les activités sont indiquées dans le plan.

Si une communauté a besoin d'aide pour réaliser les activités de préparation aux situations d'urgence, elle peut s'adresser :

- au Gouvernement (au ministère chargé de la protection civile) ;
- à la coopération internationale (à travers le ministère des affaires étrangères et de la coopération) ;
- au bureau OMS dans le pays.

