

Tableau XIV Carences en vitamines et traitements conseillés

Maladie (vitamine carente)	Signes	Traitement conseillé
Beriberi (B1)	anorexie, crampes musculaires, oedèmes, épanchement des séreuses, troubles cardiaques, asthénie, polynévrites et paralysies flasques	50 mg. de vit. B1, suivis par 10 mg. par jour
Pellagre (PP)	stomatites, glossites, gastrites, diarrhées, confusion mentale, polynévrites, érythème des parties découvertes	300 mg de vit. PP par jour
Scorbut (C)	gingivites, stomatites, hémorragies cutanées, ecchymoses, anémie microcytaire	500 mg de vit. C par jour
Rachitisme (D)	déformations des os: nouures osseuses (chapelet costal), thorax en carène, cyphose, lordose ou scoliose vertébrale, incurvations des os longs, hypotonie musculaire, retard à la position assise et à la marche, retard de la fermeture des fontanelles	exposition aux rayons ultra-violetts solaires, 100.000-300 000 U.I. (2,5 - 7,5 mg) de vit. D en dose unique ou 1000 U I par jour pour 10 - 30 jours; le surdosage est dangereux

ATTENTION: Les produits multivitaminés que l'on trouve dans le commerce n'ont aucune valeur. Il faut traiter chaque carence avec la vitamine spécifique.

circonférence du bras: cette mesure se fait sur le bras gauche du sujet, à mi-hauteur entre l'extrémité de l'épaule (acromion) 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 15 résume les pourcentages de déviation de la circonférence du bras par rapport à la valeur normale.

La distribution des aliments

Lorsque, à cause de la pénurie d'aliments, il y a un risque de malnutrition on peut être obligé de distribuer des aliments à la population.

La distribution de rations sèches est préférable.

Il est important que les aliments distribués soient connus et utilisés par la population. Si on distribue des aliments reçus par l'aide extérieure qui ne sont pas connus par la population locale, il faut montrer comment les préparer. Il ne faut pas fournir des aliments inacceptables.

Il faut éviter, autant que possible, de distribuer des produits industriels pour éviter de créer des ruptures dans les habitudes et dans la capacité de se servir des ressources locales.

Il faut surtout éviter la diffusion des pots de "baby food" qui peuvent provoquer l'idée que seuls les aliments d'importation assurent la bonne nutrition des enfants. Il ne faut jamais donner ou utiliser des biberons.

Il faut éviter, autant que possible, de distribuer des repas préparés: cela peut alimenter l'idée que la population sinistrée est à assister en masse. Dans le domaine de la nutrition aussi il est important d'affirmer le principe que la population doit être aidée à reprendre ses activités, son autonomie, sa créativité.

L'alimentation d'appoint

Lorsqu'il y a malnutrition ou qu'un programme de distribution d'aliments est en cours et la ration générale ne dépasse pas la valeur de 1500 K cal par personne et par jour, il faut organiser l'alimentation d'appoint pour les groupes vulnérables.

Le but est de fournir à ces groupes un ou deux repas supplémentaires à haute valeur énergétique par jour. Le supplément doit apporter au moins 350 K cal et 15 g de protéines par jour. Parfois sont utilisés des aliments spéciaux (voir l'annexe 16).

L'éducation pour la nutrition

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.

En ce qui concerne l'alimentation de l'enfant, il faut rappeler que pendant les quatre premiers mois, la meilleure alimentation est le lait de la mère. On peut expliquer les avantages de l'allaitement maternel: il contient toutes les substances nécessaires au développement de l'enfant, le protège contre les maladies, il n'a pas besoin d'être préparé (et ne pose donc pas de problèmes d'hygiène), il ne coûte rien, il évite les dangers et inconvénients fréquents du lait industriel. Il faut allaiter l'enfant cinq-six fois par jour. A partir du cinquième mois on doit ajouter au lait maternel des préparations (données par une cuillère ou une tasse bien propre et non pas avec le biberon) contenant d'abord: de la bouillie de riz ou de blé, des purées de bananes, de taro, de pommes de terre, de patates douces, d'arachides cuits, des purées de fruits ou de légumes, du jus de fruits ou tout autre aliment similaire localement disponible.

Ensuite on introduira progressivement: des haricots, des pois, des lentilles, des pois chiches bien cuits et bien écrasés, des légumes frais et des fruits frais épluchés. Il faut ajouter chaque fois que possible de l'oeuf cuit et écrasé ou de la viande ou du poisson bien cuits et hachés.

A partir d'un an l'enfant mange comme l'adulte. Il faut conseiller d'ajouter progressivement des aliments tels que: beurre, huile d'arachide, de palme, de coton, de maïs, de cophran ou autre aliment comparable.

Il est conseillé d'utiliser une fiche de croissance dans laquelle on note la progression du poids (annexe 17). L'annexe 18 donne des informations sur les caractéristiques des aliments courants.

La déshydratation

La déshydratation peut survenir en conséquence de la perte de liquides causée par les maladies diarrhéiques, les fièvres prolongées, les transpirations, les vomissements.

Dans les formes sévères le sujet est pâle, prostré, les yeux enfoncés dans les orbites, le nez pincé, la langue et la peau desséchées. Il y a oligurie qui peut aboutir à l'anurie.

Tableau XV Signes et degrés de déshydratation

Signe *	Déshydratation	
	Légère/modérée	Sévère
1. Aspect du malade	Alerte ou agité, assoiffé	Atone ou inconscient, trop faible pour boire, peau froide (choc)
2. Pouls radial	Palpable rapide	Faible ou impalpable
3. Yeux, fontanelle	Normaux ou légèrement enfoncés	Enfoncés
4. Emissions d'urine	Normales ou faibles	Néant depuis plusieurs heures
5. Elasticité de la peau	Normale ou un peu inférieure à la normale	Médiocre

* Voir précisions ci-dessous

1. *Aspect du malade* La soif est un signe précoce important de déshydratation, mais les enfants en bas âge ne peuvent dire qu'ils ont soif, ils le montrent en pleurant et en buvant avidement les liquides qu'on leur donne. Il peut n'y avoir aucun signe de déshydratation modérée au début, mais à mesure que la déshydratation augmente, l'enfant devient agité et s'affaiblit; suit un état d'hebetude, de léthargie et l'inconscience. Le corps devient atone, les extrémités sont froides, la mort est proche. C'est ce qu'on appelle l'état de choc.

2. *Pouls radial* La déshydratation produit une accélération du pouls et une diminution de la force de chaque pulsation. Lorsqu'elle est sévère, le pouls peut devenir impalpable au poignet (pouls radial), et palpable seulement au niveau de l'aîne (artère fémorale), du bras (artère brachiale), ou du cou (artère carotide). En pareil cas, l'enfant est près de la mort.

3. *Yeux et fontanelle* Dans les cas de déshydratation sévère, les yeux paraissent enfoncés et la fontanelle antérieure (au sommet du front) est déprimée. Dans les cas de déshydratation légère à modérée, ces signes sont minimes ou absents.

4. *Emissions d'urine* Dans les cas de déshydratation, les émissions d'urine sont très réduites, dans les cas de déshydratation sévère, l'enfant peut ne pas avoir uriné depuis plusieurs heures.

5. *Elasticité de la peau* Dans les cas de marasme ou de kwashiorkor avec marasme, l'absence d'élasticité de la peau n'est pas nécessairement un signe de déshydratation; il faudra donc rechercher d'autres signes. Dans le kwashiorkor, la déshydratation peut s'accompagner d'œdème. Il est bon d'éprouver l'élasticité de la peau sur le côté du cou et sur l'abdomen. On ne tiendra pas compte de la distension de la peau au niveau des infiltrations œdémateuses.

D'après La malnutrition protéino-énergétique sévère: traitement et conduite thérapeutique. OMS 1982.

Le Tableau XVI résume les signes et les degrés de déshydratation. Pour une évaluation plus précise on trouve (annexe 19) la méthode pour établir le score de déshydratation.

Dans toutes les maladies qui entraînent la déshydratation il faut, en même temps que le traitement spécifique, immédiatement réhydrater le patient. Dans la plupart des cas, en fait, la déshydratation et le déséquilibre électrolytique constituent le danger majeur qui peut conduire à la mort.

La réhydratation est de préférence faite par voie orale si le sujet est conscient et coopère; autrement en goutte-à-goutte intraveineux. On utilise par voie buccale la solution salée glucosée du OMS FISE qui contient la composition suivante à ajouter à un litre d'eau propre:

- . 3.5 de chlorure de sodium (sel ordinaire)
- . 2.5 g. de bicarbonate de soude
- . 1.5 g. de chlorure de potassium
- . 20 g. de glucose

On peut facilement se procurer ces sels de réhydratation orale en sachets.

Pour une déshydratation grave il faut administrer dans les premières 4-6 heures 100 ml de solution pour chaque Kg de poids corporel et continuer dans les heures qui suivent en diminuant un peu la dose de solution, jusqu'à 15-30 ml/Kg pour la durée nécessaire.

Par la voie intraveineuse on utilise le soluté de lactate de sodium composé. Dose pour les nourrissons: 30 ml par Kg de poids corporel pendant la première heure, puis de 40 ml par Kg pendant les deux heures successives. Puis 40 ml par Kg de solution orale pendant les trois heures suivantes.

Pour les adultes la dose de lactate est de 110 ml par Kg de poids corporel pendant les premières heures jusqu'à ce que le pouls radial soit perçu. Après on donne la solution orale à la dose de 15-30 ml par Kg, pendant le temps nécessaire.

La reprise du pouls, de la respiration normale et de la diurèse caractérise la réhydratation. Pendant la période où la diarrhée continue il faut donner un grand verre (200 cc) de liquide par voie orale à chaque vomissement et selle évacuée (deux verres pour les adultes).

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

Les maladies transmissibles

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 et nutritionnelle précaire favorise, après les désastres, 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 infectieux se répandent et quelque fois la presse, les média, 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 personnel des SSP doit mettre en place, dès le premier jour, un système de surveillance des maladies transmissibles (ou adapter le système existant), de façon à pouvoir disposer d'une information objective et détaillée sur la situation et à rassurer les autorités et le public.

Le système de surveillance épidémiologique se base sur quelques moments essentiels:

- . le fonctionnement du réseau de base pour l'information activé par le personnel local de santé (voir avant) et le recueil des données concernant les maladies transmissibles
- . les dispositions claires venant du niveau national et intermédiaire sur les maladies qu'il faut particulièrement surveiller, et sur les mesures préventives à prendre
- . la possibilité, pour les équipes locales, d'envoyer au laboratoire du niveau intermédiaire des prélèvements pour les examens en vue d'un diagnostic
- . la rédaction de rapports réguliers.

On résume ici des données essentielles sur les maladies plus communes qu'il faut surveiller, surtout en présence d'une ou plusieurs des conditions suivantes:

- . présence de foyer endémique
- . population vivant en abri provisoire ou en camps
- . état nutritionnel précaire ou insatisfaisant
- . situation hygiénique insatisfaisante
- . difficultés d'approvisionnement en eau potable
- . difficultés dans l'évacuation des déchets et d'eaux usées

. autres problèmes d'assainissement.

Le Tableau XVI résume les signes des principales maladies à surveiller et indique les traitements conseillés, en renvoyant, pour les doses, à l'annexe 5

Les cas de maladies transmissibles dépistées ou soupçonnées seront signalés dans le rapport de l'équipe locale de santé (voir fig.18).

Les informations venant des équipes locales permettront au niveau intermédiaire de faire des synthèses et d'identifier les foyers et les tendances des maladies transmissibles.

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 de campagnes de vaccination après une catastrophe.

Cependant le public, les autorités, la presse et d'autres opinions exercent une pression pour lancer des vaccinations de masse. C'est une attitude qui n'est pas appuyée par des données ou 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 à la besogne plus urgente.

Il faut donc continuer et renforcer les vaccinations qui se pratiquent en temps ordinaire (annexe 20) dans le pays et ne pas lancer de campagnes spéciales pendant la catastrophe.

La surveillance épidémiologique et l'information objective devraient rassurer le public.

Le relevé de l'état de santé de la communauté

Périodiquement peut être fait un relevé de l'état de santé par échantillons de population.

Le relevé peut être fait par tranches d'âge. Il donne un profil des principaux problèmes de santé de la communauté et de leur évolution.

La figure 26 donne un exemple de fiche pour le relevé périodique de la santé des enfants. On procède en définissant l'échantillon et en relevant les signes cliniques et les antécédents des vaccinations.

Maladies diarrhéiques

Maladie	Principaux signes	Traitement conseillé
Choléra	<ul style="list-style-type: none"> . début brutal . diarrhée profuse (25-50 selles par jour et plus) . selles liquides contenant des amas blanchâtres . douleurs abdominales . vomissements . déshydratation aiguë . choc 	<p>Tétracycline *</p> <p>Réhydratation - orale*</p> <p>éventuellement intraveineuse</p>
Dysenterie bacillaire	<ul style="list-style-type: none"> . diarrhée aiguë avec spasmes . selles qui contiennent du mucus et du sang mais qui ne sont pas fétides . dure trois jours ou plus . il peut y avoir déshydratation 	<p>Sulfadiazine ou 1g</p> <p>Sulfadimidine toutes les 6 h pendant 6 jours</p> <p>Tétracycline *</p> <p>Réhydratation</p>
Amibiase	<ul style="list-style-type: none"> . forte douleur abdominale et fièvre . selles fréquentes avec mucus et sang ayant une odeur fétide . dure 10 jours ou plus 	<p>Tétracycline *</p> <p>Métronidazole *</p> <p>Réhydratation</p>
Typhoïde	<ul style="list-style-type: none"> . fièvre élevée avec douleurs abdominales . diarrhée ou constipation possibles . pouls probablement lent . migraine, délire possible . abdomen sensible . hypertrophie du foie et de la rate 	<p>Chloramphénicol *</p> <p>Réhydratation, si besoin</p>
Diarrhée simple	<ul style="list-style-type: none"> . diarrhée aiguë ou récurrente (six selles ou plus par jour, mais le sujet ne paraît pas gravement malade) . pouls fort 	<p>Réhydratation orale</p>

* voir doses à l'annexe

Tableau XVI (suite)

<u>Maladies parasitaires</u>		
Maladie	Principaux signes	Traitement conseillé
Paludisme	<ul style="list-style-type: none"> . frissons et fièvre . migraine, douleurs musculaires . nausées, vomissements 	<p>Chloroquine: comprimés à 150 mg/base</p> <p><u>Adultes:</u> 3 comprimés tout de suite et 1 comprimé par jour pendant 2 jours</p> <p><u>Enfants 0-1:</u> ½ comprimé par jour pendant 3 jours</p> <p><u>Enfants 5-10:</u> 1 comprimé par jour pendant 3 jours</p>
Ankylostomia- se	<ul style="list-style-type: none"> . faiblesse et pâleur . érythème urticarien, papules pruriginieuses . toux, expectoration . douleurs au duodène avec diarrhée . anémie <p>diagnostic: identification des oeufs dans les selles</p>	<p>Béphénium: 1 sachet-dose de 5 g à absorber le matin à jeun 2 jours de suite chez l'adulte.</p> <p>Traitement anti-anémique</p>
Ascaridiose	<ul style="list-style-type: none"> . ballonnement et douleur abdominale possibles . les selles peuvent contenir des grands vers <p>diagnostic: présence des oeufs dans les selles</p>	<p>Pipérazine *</p>

* voir doses à l'annexe

Tableau XVI (suite)

<u>Maladies des voies respiratoires</u>		
Maladie	Principaux signes	Traitement conseillé
Pneumonie aiguë	<ul style="list-style-type: none"> . fièvre, souvent avec un début soudain et des frissons . toux grasse avec des crachats jaunes, souvent striés de sang . douleurs thoraciques . difficultés à respirer, respiration rapide . matité à la percussion et râles . il peut y avoir cyanose 	Procaine benzylpénicilline *
Pneumonie sub-aiguë	<ul style="list-style-type: none"> . persistance des symptômes de la pneumonie après cinq jours de traitement à la pénicilline 	Tétracycline *
Tuberculose pulmonaire	<ul style="list-style-type: none"> . les mêmes signes que la pneumonie aiguë plus: . une longue histoire de toux, fièvre sueurs, hémoptisie et perte de poids . râles, matité possible provenant d'épanchement dans la plèvre . dilatation des ganglions lymphatiques 	<ul style="list-style-type: none"> . traitement selon plan national après diagnostic sur examen du crachat . alimentation supplémentaire . Traitements utilisés: <ul style="list-style-type: none"> <u>Isoniazide</u>: 300 mg par jour pendant un an <u>Thiacétazone</u>: 150 mg par jour pendant un an . <u>Streptomycine</u>: 1 g par voie intramusculaire par jour pendant 1 à 3 mois, puis cesser.
Coqueluche Laryngo- trachéite aiguë	<ul style="list-style-type: none"> . les mêmes que pour la pneumonie aiguë . sons respiratoires obstrués ou sifflants . quintes de toux chez les enfants . déshydratation possible 	Chloramphénicol * Réhydratation

* voir doses à l'annexe

Bronchite aigue	<ul style="list-style-type: none"> . fièvre, toux, douleurs dans la poitrine . la respiration n'est pas difficile . gros râles et ronflements, autrement les poumons sont clairs 	Phénoxy méthylpénicilline * ou Ampicilline
Infection aiguë des voies respi- ratoires su- périeures avec angine	<ul style="list-style-type: none"> . fièvre, mal de gorge, toux . pharynx et amygdales rouges souvent avec plaques de pus . ganglions lymphatiques sensibles au cou . la présence d'une membrane épaisse de ton gris-blanc, saignant facilement indique la possibilité d'une diphtérie 	Procaine benzylpénicilline *
Infection bénigne des voies respira- toires supé- rieures	<ul style="list-style-type: none"> . nez qui coule, mal de gorge, toux petite fièvre 	Acide acétylsalicylique * Liquides

* voir doses à l'annexe

. La santé mentale

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

On a vu que 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, église, 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 des parents et des voisins. Souvent, sur le plan affectif, il y a excitation et, malgré la peur et le désarroi, l'état psychologique n'est pas de malaise. Au contraire beaucoup ressentent un sentiment de plénitude et il n'est pas rare d'éprouver un sentiment proche de l'euphorie. Pour aussi paradoxal que cela puisse paraître, les réactions psychologiques quelques heures après l'impact tendent à ressembler à celles qui accompagnent les situations de satisfaction, ou d'attente d'une satisfaction proche (1). Ces réactions semblent être plus fréquentes dans les pays plus développés .

Il ne faut pas méconnaître ce phénomène, dont l'explication est complexe. Il est certain qu'on assiste à la tombée 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. Il y a une inversion soudaine; la même personne qui avant devait faire un effort pour participer à la vie sociale, se sent maintenant inséparable de la communauté.

L'évidence (et la reconnaissance) que les autres sont indispensables à la survie et à la réponse aux besoins s'accompagne d'un sentiment de bien être qui entretient la solidarité et la disponibilité envers les autres.

Quelle que soit la raison de cette réaction psychologique positive, elle doit être connue par le personnel des SSP (qui d'ailleurs l'éprouve aussi) et valorisée comme la ressource la plus précieuse pour faire fa-

(1) en dehors des catastrophes sont connues des réactions euphoriques de ceux qui ont survécu à un accident ("rires d'énervement").

ce 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.

Là aussi il n'est pas facile de donner une explication de ce phénomène. Deux éléments sont en tout cas à considérer. D'une part certainement la situation après la catastrophe est pleine de difficultés: il ne serait pas étonnant que la perspective d'une longue période de vie dans des conditions précaires puisse avilir les gens. D'autre part le passage de la solidarité et de l'expérience affective positive des premières heures à la restauration des barrières, des stratifications et des conflits de la vie sociale ordinaire peut être ressenti, plus ou moins consciemment, comme particulièrement décevant. L'illusion d'un moment, d'être un élément d'une communauté animée par des sentiments radicalement positifs et unifiants, cède la place à la réalité de rapports durs, compétitifs, parfois impitoyables.

Cette réaction psychologique de fermeture et légèrement dépressive peut être accentuée par le soupçon de préférences ou de privilèges dans la distribution des fournitures de secours (abris, vêtements, aliments, etc.) et dans les autres moments importants pour la reconstruction et la reprise de la vie socioéconomique.

Face à cette situation le personnel des SSP doit essayer de maintenir et approfondir toutes les occasions et les initiatives d'action communautaire.

La dynamique dépressive qui s'instaure peut être combattue par le renouvellement de l'expérience positive de solidarité et soutien mutuel. L'organisation participée des programmes pour la santé décrits dans ce chapitre, réalisés avec une bonne atmosphère communautaire, est aussi un moyen de maintien de l'équilibre personnel et de la santé mentale.

Des groupes de discussion peuvent être organisés sur les difficultés de la vie quotidienne et les aspects qui font le plus souffrir.

Mais il faut être très attentif à ce que l'expression du malaise ne reste pas lettre morte. Il faut veiller, à la fin de chaque rencontre, à ce que les malaises exprimés soient pris en charge (solitude, peur, tristesse et tout autre problème personnel) en sollicitant, en particulier, l'entraide, les échanges, la rencontre. Pour les aspects de malaise qui comportent aussi des interventions sur la réalité il faut veiller à ce que les gens transforment l'expression du malaise en projet commun d'action pour en dépasser les causes reconnues.

De nombreuses expériences menées après une catastrophe soit par le personnel de santé, 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 personnel local de santé avec la capacité de stimuler et favoriser l'agrégation de groupes sur des projets pour des objectifs concrets à atteindre. C'est une capacité d'animation sociale indispensable d'ailleurs aussi pour la bonne réussite de tout programme d'éducation pour la santé.

En ce qui concerne les troubles psychologiques on a observé fréquemment des états dépressifs qui peuvent devenir graves et aboutir quelque fois au suicide. cela confirme que la dépression reste un risque majeur à prévenir et combattre.

Par contre il ne semble pas que les autres troubles mentaux 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 plus facilement permettre 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 séisme 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 à risque

Parmi les différents membres de la communauté on peut identifier des groupes qui, étant exposés à des risques spécifiques avant la catastrophe, 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 telles que: hypertension, insuffisances cardiaques, bronchites chroniques, asthme, emphysème pulmonaire, ulcères gastro-duodénaux, hémophilie, anémies hémolitiques, insuffisances chroniques hépatiques et pancréatiques, diabète, malnutrition, rhumatismes, ostéoporose, myasthénies, insuffisance rénale, épilepsie.

Pour tous ces malades les facteurs suivants sont des risques supplémentaires:

- . l'exposition aux changements climatiques: froid, humidité, variations brusques, vent
- . la difficulté d'observer son régime alimentaire prescrit: pénurie de certains aliments, difficulté de préparer des repas
- . le fait que la vie quotidienne exige 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 des médicaments particuliers nécessaires (anti-hypertensifs, insuline, etc.)

Le personnel des SSP, déjà avant la catastrophe, devrait organiser des programmes spécifiques pour ces personnes. Chaque programme est basé sur des contrôles de santé et des moments d'éducation pour gérer les problèmes particuliers de santé. Tout programme doit favoriser la rencontre de personnes qui ont les mêmes problèmes, l'entraide et la gestion autonome de son état de santé.

Les rapports de l'équipe locale de santé (fig.19) doivent tenir compte des fournitures particulières nécessaires pour les groupes-à-risque.

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 personnel des SSP, déjà avant la catastrophe devrait avoir organisé des initiatives et des activités pour lutter contre ces phénomènes d'exclusion sociale et de dégradation des rapports au sein de la communauté. Les méthodes et les formes d'action sont spécifiques pour chaque situation particulière, mais elles se basent sur les qualités professionnelles résumées dans le premier chapitre, sur les caractéristiques générales des programmes d'action/éducation et sur les initiatives pour le bien être.

L'action vétérinaire

Ce problème est souvent oublié dans la médecine des catastrophes. C'est au niveau intermédiaire que doit être réorganisée et coordonnée l'action à mener pour la santé des animaux et la gestion des problèmes vétérinaires.

Elle doit prendre en considération:

1. les informations et la surveillance sur la population zootechique:
 - . nombre des animaux de chaque espèce
 - . type et nombre des élevages
 - . type de stabulation
 - . alimentation des animaux: type d'aliments, type de conservation, quantités disponibles, sources de ravitaillement

d'après: Mantovani A., Lignes directrices pour l'action vétérinaire en cas de catastrophe - O.M.S. Conférence de Rabat ICP/ERO 001/11 8089B

- . nombre de chiens domestiques, pourcentage des chiens errants
 - . principales maladies de la région sinistrée: zoonoses (rage, hydatidose, charbon, brucellose, fièvre de la vallée du Rift, leptospirose, etc.) non zoonotiques (fièvre aphteuse, peste porcine, peste bovine, conjonctivite de Newcastle, etc.)
 - . vaccinations de masse avant la catastrophe (rage, fièvre aphteuse, peste porcine classique, charbon, conjonctivite de Newcastle, etc.)
 - . animaux sauvages y compris les chiens redevenus sauvages
 - . rats et autres animaux synanthropes
2. les informations sur le personnel, les volontaires et les moyens disponibles pour l'action vétérinaire
 3. le rétablissement des abattoirs:
 - . ceux existants s'ils sont utilisables
 - . en endroits provisoires ou sur des camions équipés pour le transport de la viande
 4. l'organisation de l'hébergement des animaux privés d'étable: création de groupes de volontaires, construction d'abris de fortune, mise en place d'étables de grandes dimensions pour les besoins de plusieurs éleveurs, transfert des animaux, etc. Lorsque la concentration des animaux augmente il faut aussi augmenter les précautions contre la diffusion des maladies: brucellose, tuberculose bovine, morve, etc.
 5. l'enterrement des carcasses (voir chap. III)
 6. la lutte contre les maladies infectieuses des animaux:
 - . vaccinations contre la rage, la fièvre aphteuse, la peste porcine, le charbon, la conjonctivite de Newcastle etc.
 - . élimination des animaux malades dans les élevages touchés
 - . limitation des mouvements des animaux, lorsqu'il y a un danger certain
 7. l'organisation de l'assistance aux animaux:
 - . alimentation et boisson
 - . traite.

A partir du niveau intermédiaire on essayera de coordonner l'action d'unités opérationnelles locales pour l'action vétérinaire en les guidant et en leur mettant à disposition les moyens nécessaires.

■ Catastrophes et développement

Les dégâts aux constructions (maisons, bâtiments publics, usines, dépôts, etc.), aux cultures, à la zootechnie et l'interruption des activités productives et commerciales, provoquent de graves difficultés économiques pour la population frappée par une catastrophe.

Certains pays, lors de catastrophes, votent des lois spéciales pour les zones frappées qui prévoient non seulement l'aide financière mais aussi les mesures essentielles pour la reprise de la vie économique et sociale: reconstruction, récupération de l'habitat, plans de développement, mesures de protection et facilitations temporaires pour les populations sinistrées.

Mais il faut faire très attention à certains dangers.

Souvent il faut veiller à ce que les procédures administratives ne retardent pas la mise à disposition réelle des sommes prévues pour les communautés locales. On doit prévoir les procédures administratives pour la situation d'urgence et des types de contrôle qui n'entravent pas l'action sur le terrain. Parfois la disponibilité financière pour cette situation peut constituer l'occasion de spéculations ou d'activités illégales (prix exorbitants, corruption, délinquance organisée). C'est un problème à la fois d'ordre public et politique que tout Etat doit être prêt à contrôler avec la plus grande sévérité. D'abord parce que ces phénomènes retardent, entravent et polluent la reprise de la vie économique et sociale dans une phase délicate et fragile; ensuite parce qu'ils découragent la population locale, enlèvent toute crédibilité à l'action publique et créent les prémisses pour une désagrégation et dégradation graves de la communauté. Les catastrophes révèlent la qualité et la tension morale d'une société.

Il faut éviter de favoriser le lancement d'activités économiques inadaptées, qui créent une rupture et un déséquilibre par rapport aux ressources et aux potentialités locales.

Parfois les pressions de certaines entreprises ou de groupes commerciaux, attirés par la perspective de profits, peuvent influencer les administrations publiques ou les privés, en les poussant vers des activités et des choix qui ne correspondent pas aux besoins prioritaires de la zone frappée.

Quelque fois l'attribution de subsides ou d'allocations spéciales individuelles ou familiales finit par enfoncer la population dans le statut de "sinistré".

Lorsque ces dangers se réalisent le développement de la zone peut être sérieusement entravé ou bloqué.

Il faut que les ressources engagées dans la reprise du développement soient employées surtout pour:

- . l'incentivation et le soutien d'activités productives et commerciales locales basées sur l'utilisation et la mise en valeur des ressources existant dans la zone. Il faut éviter les activités dont le succès dépend surtout de fournitures, machines ou pièces de rechange venant de l'étranger
- . la formation professionnelle finalisée aux sus-dites activités économiques et à la création d'emplois adaptés à la réalité locale
- . la réalisation d'infrastructures et de services essentiels pour la communauté
- . l'amélioration des transports et des communications de et pour la zone sinistrée.

L'expérience des catastrophes montre que la reprise est facilitée par la participation active des différentes composantes de la communauté dans la préparation et la réalisation des plans de reconstruction et de développement.

Le personnel des SSP peut donner une contribution importante au développement par son action communautaire et par l'intégration des activités de santé avec les activités pour l'amélioration de la qualité de la vie.

En ce qui concerne les services de santé, le danger majeur est de restaurer la même situation qu'avant la catastrophe, indépendamment d'une analyse critique du fonctionnement des structures préexistantes.

Ce risque peut être aggravé par l'offre de pays donateurs de construire des hôpitaux, des institutions pour handicapés ou d'autres structures, sans que ces propositions soient basées sur une évaluation correcte des besoins et des solutions plus opportunes.

Il est très important que la phase de réhabilitation et de reconstruction permette plutôt de dépasser les limites des services de santé révélés par la catastrophe.

C'est une occasion à ne pas manquer pour donner la priorité aux politiques d'incentivation et d'organisation des services de santé en fonction des objectifs, des structures et des méthodes de travail des SSP.