

Les soins de santé communautaires dans les situations de catastrophes

par le Dr. Bruce Dick

Introduction – Les situations de catastrophes et la santé pour tous

«La Santé pour tous en l'an 2000» aura été un objectif vital, en même temps qu'un important cri de ralliement pour les individus et les organisations du monde entier concernés par l'amélioration de la santé physique et mentale, ainsi que du bien-être des personnes vulnérables. Certes, cet objectif aura aussi été dans une certaine mesure utopique, tout comme la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé est quelque peu idéaliste. Néanmoins, il aura rempli un rôle précieux, tant par ce qu'il exprime de notre vision de l'avenir qu'en nous rappelant, ne fût-ce qu'implicitement, que pour des centaines de millions d'êtres humains, la réalité demeure encore très éloignée du rêve.

Bien sûr, alors que beaucoup d'entre nous travaillent à la réalisation de cet objectif, d'autres forces concourent à des buts opposés. Le remboursement de la dette nationale, les réaménagements structurels, la course aux armements, la promotion d'aliments pour bébés et de médicaments inadéquats, le tabac, l'alcool et autres drogues, sont autant de facteurs qui contribuent à entraver le progrès.

D'autres phénomènes, dont le contrôle nous échappe davantage encore, viennent contrecarrer nos efforts. C'est le cas en particulier des catastrophes, dont les impacts se font croissants, en raison des «perfectionnements» technologiques, de la dégradation de l'environnement, de la croissance démographique et de la capacité d'adaptation et de résistance de certains micro-organismes nuisibles.

Les situations de catastrophes et les soins de santé communautaires

Les soins de santé primaires (SSP), qui mettent l'accent sur la prévention, la distribution équitable et l'adéquation des services, ainsi que sur la coopération intersectorielle et la participation communautaire, auront été le principal instrument mis en œuvre pour atteindre l'objectif de la Santé pour tous en l'an 2000. Malheureusement, la dimension communautaire de cette stratégie aura été la plus difficile à concrétiser, pour des motifs divers.

Au fil des ans, il est apparu aux organisations non gouvernementales (ONG) concernées que l'absence d'une véritable participation de la communauté constituait de fait le principal obstacle à la réalisation de l'objectif mentionné. Elles se sont dès lors appliquées à combler cette lacune, en s'efforçant d'identifier les priorités réelles des communautés, en recherchant avec ces dernières des solutions à leurs problèmes, et en renforçant leurs ressources afin de leur permettre d'y répondre.

Là encore, le fossé entre désir et réalité s'est avéré difficile à combler, aucun de nous n'étant vraiment habitué à travailler selon une telle approche. Néanmoins, celle-ci nous a permis d'éviter une grande partie des problèmes inhérents aux programmes planifiés de l'extérieur. La Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge s'est engagée vis-à-vis des SSP à travers une série de résolutions adoptées par l'Assemblée générale en 1981 et 1986. Conformément à ces engagements, elle a axé ses efforts sur le développement de programmes de santé fondés sur la communauté et rappelé la nécessité d'une telle approche dans son Plan de travail relatif à la Stratégie pour les années quatre-vingt-dix.

Situations de catastrophes – Quelles sont les victimes et quels sont leurs problèmes de santé?

Au cours des années 1980, il est apparu de plus en plus clairement qu'en dépit de tous les progrès accomplis dans le domaine social, économique, technologique et des infrastructures, de nombreux individus, familles et communautés demeuraient en marge de cette évolution. Les catégories vulnérables varient d'un pays à l'autre et même localement. Toutefois, certaines d'entre elles sont pratiquement univer-

selles; c'est le cas notamment des plus pauvres, des femmes, des enfants, des handicapés, des personnes victimes de discrimination, et des familles monoparentales. Bien évidemment, ces catégories sont aussi les plus gravement affectées en cas de désastre.

Nous avons tous une idée plus ou moins intuitive de ce en quoi consiste une catastrophe. On peut cependant en donner des définitions plus techniques, qui varient en fonction des secteurs et des points de vue, mais qui incluent presque toujours une notion de changement — souvent brutal — et le principe selon lequel les victimes risquent d'être dépassées par les événements, tout au moins provisoirement. Bien entendu, nous pourrions élargir notre conception des catastrophes en y intégrant les mille et un désastres quotidiens qui échappent à l'attention des médias — comme la diarrhée et les maladies vaccinables, qui font chaque année des millions de victimes — ou qui sont peu à peu banalisés, comme le SIDA, la malaria et autres maladies endémiques.

Ce sont d'ailleurs précisément ces problèmes qui sont exacerbés par les catastrophes, car celles-ci n'apportent généralement pas de maladies nouvelles, mais elles provoquent une incidence accrue des affections liées à la pauvreté, à la sous-alimentation, au manque d'eau potable et aux carences sanitaires.

Situations de catastrophes – En quoi diffèrent-elles des situations «normales»?

Les classifications conventionnelles des désastres sont d'une utilité très discutable, en particulier lorsqu'il s'agit d'élaborer des réponses. La distinction entre catastrophe «naturelle» et «d'origine humaine», notamment, est rarement pertinente, la plupart des situations qui nous intéressent présentant une combinaison des deux facteurs. Ainsi, par exemple, faut-il ranger une inondation dans la première catégorie du fait que sa cause directe — la pluie — est par excellence naturelle, ou au contraire dans la seconde, parce que les victimes résident dans des régions vulnérables en raison de leur pauvreté et de la croissance démographique, et parce que l'inondation est le résultat indirect d'une intervention humaine — le déboisement?

Une autre manière de classer les catastrophes consiste à distinguer entre «soudaineté» ou «évolution lente». Cette nuance ne nous est guère utile non plus, car nous pouvons avoir à intervenir rapidement dans le cadre d'un désastre à évolution lente par ignorance des signes

annonciateurs, ou aussi bien, à nous préoccuper de la phase de réhabilitation consécutive à une catastrophe soudaine, uniquement si la réponse locale aux conséquences immédiates a été adéquate.

Etant donné que l'on ne parle de catastrophe que dans la mesure où il y a victimes, directes ou indirectes, des classifications centrées sur les communautés humaines, ou sur les conséquences immédiates ou à long terme des événements, nous seraient beaucoup plus utiles pour déterminer quelles sont les actions à entreprendre, quand, pour qui et avec qui.

Comme nous l'avons dit plus haut, les principales victimes d'une catastrophe dite «médiatique» sont généralement les mêmes qui subissent les désastres de la misère quotidienne. Les maladies dont elles souffrent sont également les mêmes en temps «normal» et dans les situations de catastrophe, à l'exception peut-être des désastres technologiques comme Bhopal ou Tchernobyl, ou des tremblements de terre, qui peuvent donner lieu à de nouveaux problèmes de santé.

Outre les problèmes de santé physique, il faut mentionner la gravité non moins importante des conséquences psychologiques d'une catastrophe. Ainsi qu'il a été souligné à l'occasion d'une récente consultation de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge consacrée à ce thème, elles sont en effet comparables à celles que provoquent d'autres événements dramatiques de l'existence, comme la perte d'un être cher, ou de son emploi.

Une autre similarité notable entre les situations de catastrophes et les circonstances «normales» réside dans la réponse communautaire. Après un désastre, ce sont les membres de la communauté locale qui accueillent et nourrissent des populations déplacées, qui retirent les victimes des décombres, qui apportent une aide matérielle aux personnes dont les biens ont été emportés dans une inondation ou un incendie. Ils ne bénéficient pas d'une couverture médiatique comparable à celle des secouristes venus de l'extérieur avec leurs chiens et leurs caméras à infra-rouge, ou des équipes médicales étrangères avec leurs malles en aluminium bardées de logos, mais ils n'en font pas moins tout ce qu'ils doivent et peuvent faire en de telles circonstances.

La réponse communautaire aux catastrophes n'est pas une nouveauté, mais une réalité tangible et toujours renouvelée. Contrairement à une croyance répandue, les communautés affectées par de tels événements ne sont ni passives, ni apathiques. Ce qui est en partie nouveau, en revanche, c'est l'idée que nous devrions consacrer nos ressources à renforcer la capacité des communautés tant à se préparer qu'à réagir aux situations de catastrophes.

Enfin, si les tragédies oubliées que constituent nombre de situations à évolution prolongée réclament une réponse aussi rapide que possible, les délais d'intervention sont encore plus décisifs en cas de catastrophes soudaines. Souvent, ces dernières exigent une action dans les 24 heures (bien moins qu'il n'en faut aux équipes médicales pour arriver sur le terrain), en particulier pour ce qui concerne les opérations de recherche et de sauvetage après un séisme. Dans d'autres cas, les principaux besoins n'apparaîtront que durant la phase de réhabilitation — soit longtemps après que la plupart des équipes de secours seront reparties. Quoi qu'il en soit, le meilleur moment pour agir est le plus souvent *avant* que la catastrophe ne se produise, car, selon l'expression consacrée, mieux vaut prévenir que guérir.

Que faut-il faire? – La théorie

Il apparaît de plus en plus clair que notre réponse aux problèmes de santé posés par les catastrophes devra s'appuyer sur les approches et infrastructures de SSP qui ont été développées pour répondre aux besoins quotidiens. Cela semble d'autant plus évident que les groupes et pays les plus vulnérables et les problèmes de santé sont sensiblement les mêmes en temps «normal» et dans les situations d'urgence. De fait, on imagine difficilement que les pays qui n'ont pas les moyens de répondre à leurs besoins courants puissent mettre en place des systèmes adéquats pour faire face aux problèmes posés par les catastrophes dites spectaculaires, lesquelles reçoivent beaucoup d'attention de la part des médias mais en général ne comptent que pour une proportion relativement négligeable des taux moyens de morbidité, d'invalidité et de mortalité.

Bien entendu, il s'agira d'élaborer des plans et programmes nationaux spécifiques pour ces situations, tout comme pour les urgences quotidiennes que constituent la diarrhée, les maladies vaccinables, la malaria, les infections respiratoires aiguës ou le SIDA. Toutefois, à l'échelon local, notre réponse reposera essentiellement (de même que pour tous les autres problèmes de santé) sur la participation des communautés locales.

Nous devons non seulement adopter une approche intégrée des activités de préparation en prévision des désastres et des actions de secours, mais aussi renforcer les capacités nationales et locales dans ces domaines. Même si une intervention internationale s'avère souvent indispensable, elle ne saurait se substituer à l'action nationale et locale

pour ce qui est de promouvoir un développement durable. Dans cette perspective, nous devons impérativement nous efforcer d'accroître la capacité de chaque pays à coordonner les opérations de secours à l'échelon tant national que local, de façon à éviter l'anarchie qu'entraîne trop souvent la présence d'une multiplicité d'agences aux mandats mal définis.

Que faut-il faire? – La pratique

De toute évidence, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge sont particulièrement bien placées pour participer à la coordination nationale et locale des secours, ainsi qu'on a pu en juger lors des récentes actions conduites en faveur des réfugiés kurdes en Iran et en Turquie. Dûment soutenues par la Ligue et par leurs gouvernements respectifs, elles pourraient assumer un rôle de premier plan dans ce domaine, ce qui contribuerait en retour à renforcer la participation des communautés concernées.

Les Sociétés nationales peuvent en outre jouer un rôle déterminant dans la promotion d'une approche intégrée des problèmes. On pourrait citer de nombreux exemples de programmes à long terme qui ont contribué à développer des capacités et compétences susceptibles de rendre de précieux services dans les situations de catastrophes. Ainsi, par exemple, les volontaires du programme «Que Vive l'Enfant» de la Croix-Rouge de l'Inde ont pu apporter un concours très utile dans le cadre d'épidémies de choléra, et l'on peut s'attendre à ce que leurs homologues d'Amérique centrale fassent de même dans leurs pays respectifs. De leur côté, les auxiliaires de santé de la Croix-Rouge philippine à Barangay ont été étroitement associés aux diverses activités de secours mises en œuvre en faveur des victimes du séisme de 1990.

Les réfugiés posent des problèmes différents, et pour plusieurs raisons de nature tant politique que sociale, il apparaît parfois plus difficile d'y répondre selon une approche communautaire. C'est pourtant le but qu'il conviendrait de viser, d'autant qu'à long terme, une telle approche constitue sans doute la meilleure option. La présence d'équipes médicales d'expatriés restera dans bien des cas nécessaire, mais leur objectif devrait consister essentiellement à former les réfugiés à la prévention et au traitement des maladies courantes, à l'exemple notamment du programme de santé élaboré à l'intention des réfugiés afghans par le Croissant-Rouge du Pakistan.

En dehors du cas extrême que constituent les réfugiés, le renforcement de la participation communautaire n'ira pas sans difficultés. Tout d'abord, les communautés sont souvent beaucoup moins homogènes que le portrait idéal sur lequel se fonde la planification des activités. D'autre part, la croyance généralisée selon laquelle la participation communautaire constituerait une option simple ou peu coûteuse, est largement erronée. Enfin, de nombreux gouvernements sont plus enclins à se reposer sur la communauté pour l'exécution des tâches qu'à lui accorder des pouvoirs en matière de décision et de définition des priorités.

Au sein même de la Fédération, il existe un vaste éventail d'opinions quant à la signification des «programmes de santé communautaires». Pour beaucoup, ce concept se limite aux activités qui sont conduites au sein de la communauté, par opposition aux soins hospitaliers ou en clinique. De toute évidence, une telle définition ne suffit pas à rendre compte d'une véritable participation communautaire.

La promotion d'une approche communautaire des soins de santé dans les situations de catastrophes n'est bien entendu nullement contradictoire avec une aide extérieure, qu'elle soit nationale ou internationale. Fréquemment, d'ailleurs, la notion même de «désastre» implique l'incapacité des communautés concernées à faire face aux besoins. Dans ces circonstances, il est souvent indispensable de fournir à ces dernières vivres, matériaux de construction, médicaments et assistance technique.

Ce qui définit en revanche l'approche communautaire, c'est la volonté d'écouter les victimes et de les associer à l'évaluation des besoins et priorités, à l'élaboration des plans d'action et à leur mise en œuvre — autant d'aspects qui joueront un rôle déterminant en matière de prévention et de préparation aux catastrophes.

La préparation aux catastrophes – Une priorité de l'approche communautaire

La préparation aux catastrophes ne se limite pas aux seules infrastructures matérielles, mais englobe la planification des activités, la formation aux compétences requises pour exécuter ces dernières, ainsi que la mise en place d'une capacité administrative et d'un environnement politique propices au bon déroulement des actions à entreprendre. C'est une des leçons que nous avons héritées de Henry

Dunant: elle conserve toute sa valeur aujourd'hui, comme il y a 130 ans.

Certes, les usages et comportements politiques ne cessent d'évoluer sous l'action de l'histoire et sous la pression des événements, comme en témoigne le récent débat sur le droit d'ingérence humanitaire. Cela dit, il est urgent que les politiciens et autres décideurs mesurent pleinement la nécessité de la préparation en prévision des catastrophes et l'importance de la participation communautaire à cet égard.

Les Sociétés nationales peuvent contribuer de différentes manières à promouvoir cette approche, ainsi que l'a souligné la consultation sur les aspects sanitaires de la Décennie internationale de la prévention des catastrophes naturelles, organisée par la Ligue. Premièrement, elles peuvent mettre en place des programmes de santé communautaires ou renforcer les programmes existants, en veillant à ce qu'ils soient applicables aussi bien dans les situations d'urgence qu'en temps normal. Nous avons déjà mentionné plusieurs exemples de ce type. Il est intéressant de souligner que dans certains cas, de tels programmes sont directement issus d'actions de secours — comme notamment au Soudan et en Ethiopie —, et que les programmes de préparation en prévision des catastrophes peuvent contribuer à favoriser le développement communautaire, comme dans le cas du programme d'abris anti-cyclones du Croissant-Rouge du Bangladesh.

La seconde possibilité réside dans les activités de premiers secours. Les origines historiques de ces services sont autant sociales qu'individuelles; inspirés par les préceptes de la morale chrétienne, ils ont bénéficié des impulsions de personnalités comme Florence Nightingale, la Comtesse de Gasparin, ou encore Henry Dunant. Quoique, pour beaucoup de gens, le concept des premiers secours se limite encore aux champs de bataille, ces activités ont pris au sein de la plupart des Sociétés nationales une extension beaucoup plus vaste et s'appliquent aujourd'hui à tout l'éventail des situations d'urgence.

Au cours des ans, les Sociétés nationales ont appliqué deux stratégies principales au développement de leurs activités de premiers secours. Les unes ont utilisé l'expérience acquise sur les champs de bataille dans le cadre d'autres catastrophes comme les tremblements de terre, par exemple, ou dans les accidents de la route, de la montagne ou du travail.

D'autres ont renforcé leurs programmes de façon à y inclure une formation qui permît aux volontaires de faire face aux situations d'urgence dans leurs communautés respectives, ainsi qu'aux problèmes de santé les plus communs, comme notamment le traitement de la diarrhée à domicile. Beaucoup enfin ont ajouté à leurs programmes des

éléments de prévention, en s'inspirant de l'approche appliquée aux soins de santé primaires.

Dans le cadre d'une étude sur les services de premiers secours dans les pays d'Afrique occidentale francophone, Patrick Couteau a constaté que les Sociétés nationales de cette région perdent rapidement le contact avec les milliers de secouristes qu'elles ont contribué à former. L'un des principaux motifs en est que les notions enseignées à ces personnels n'ont souvent que peu de rapports avec les problèmes qu'ils sont appelés à rencontrer dans la vie quotidienne ou à la suite de catastrophes affectant leurs communautés respectives.

La Ligue travaille actuellement sur les conclusions de cette étude et de différents ateliers régionaux tenus en Afrique, dans le Pacifique et dans les Caraïbes, en vue de renforcer les programmes de premiers secours au sein de la Fédération. Élément moteur des efforts de formation de la majorité de nos membres, les premiers secours jouent un rôle de premier plan dans l'unification des activités de santé au sein du Mouvement. De plus en plus, on s'accorde à penser qu'ils pourraient apporter une contribution essentielle en matière de diffusion et de préparation aux désastres, et promouvoir une participation communautaire qui permettrait de faire face avec efficacité aux problèmes quotidiens et aux besoins d'urgence auxquels sont confrontés les individus, les familles et les communautés vulnérables.

Pour tenter de simplifier une réalité très complexe, on s'est accoutumé à distinguer entre les situations de catastrophes et autres urgences d'une part, et les problèmes quotidiens d'autre part. Aussi justifiée qu'elle soit du point de vue bureaucratique, cette approche n'aide pas nécessairement à notre compréhension des problèmes. Elle ne contribue pas non plus toujours à améliorer notre réponse, en particulier en matière de prévention, d'alerte et de préparation, ni en ce qui concerne les actions de réhabilitation qui font suite aux catastrophes.

Dans la plupart des cas, nous devons au contraire appliquer une approche plus intégrée, les groupes vulnérables et les problèmes de santé étant sensiblement identiques dans toutes les situations. Nous devons aussi apprendre à tirer profit de l'expérience acquise dans le cadre des activités quotidiennes, autrement dit, de ce que l'on appelle communément le développement. L'une des leçons essentielles que nous avons apprises dans ce contexte réside précisément dans l'importance primordiale de la participation communautaire. Plus nous parviendrons à appliquer cette approche à nos opérations de secours, et plus ces dernières gagneront en efficacité. Ainsi, nous contribuerons non seulement à prévenir et alléger les souffrances causées par les

catastrophes soudaines, mais aussi à promouvoir un développement durable qui atténuera les conséquences de la misère quotidienne.

Dr. Bruce Dick

Le docteur **Bruce Dick**, M.B., D.C.M., M.F.C.M. a été reçu médecin au *Guys Hospital* de Londres en 1971; il se destinait à la carrière de pédiatre. Son expérience des cliniques pédiatriques en Afrique du Sud en a décidé autrement, l'amenant à se spécialiser en médecine sociale à l'Université de Cape Town. Il travaille ensuite comme professeur, puis en qualité de médecin de district dans un hôpital rural d'Afrique du Sud. Rentré en Angleterre en 1980, il est engagé par le *National Health Service* et devient membre de la Faculté de médecine sociale, puis membre associé du *Evaluation and Planning Centre* de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Depuis cinq ans, Bruce Dick dirige le Département de la Santé de la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge.

