Vous allez consulter un mémoire réalisé par un étudiant dans le cadre de sa scolarité à Sciences Po Grenoble. L'établissement ne pourra être tenu pour responsable des propos contenus dans ce travail.

Afin de respecter la législation sur le droit d'auteur, ce mémoire est diffusé sur Internet en version protégée sans les annexes. La version intégrale est uniquement disponible en intranet.

SCIENCES PO GRENOBLE
1030 avenue Centrale – 38040 GRENOBLE
http://www.sciencespo-grenoble.fr

MEMOIRE

L'Urgence dans l'Urgence

Le traitement de l'épidémie de choléra par les acteurs humanitaires en Haïti après le séisme de janvier 2010

Etienne GABOREAU

Grenoble

Octobre 2011

Travail soumis pour l'obtention du Master Spécialisé « Organisation Internationale, OIG ONG »

Institut d'Études Politiques de Grenoble – BP 48 – 38040 GRENOBLE Cedex 9

MEMOIRE

L'Urgence dans l'Urgence

Le traitement de l'épidémie de choléra par les acteurs humanitaires en Haïti après le séisme de janvier 2010

Etienne GABOREAU

Grenoble

Octobre 2011

Travail soumis pour l'obtention du Master Spécialisé « Organisation Internationale, OIG ONG »

Institut d'Études Politiques de Grenoble – BP 48 – 38040 GRENOBLE Cedex 9

Ce mémoire a été réalisé durant le stage à la Croix-Rouge Française, sous la direction de M. Grégory RONDEAU, tuteur professionnel, responsable géographique Haïti à la Croix-Rouge Française, et de M. Pierre MICHELETTI, directeur de mémoire, enseignant à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble.

Cette analyse ne représente que l'opinion personnelle de son auteur et ne peut en aucun cas être attribuée à la Croix-Rouge Française ni à aucune autre organisation dont le nom est cité.

Pour ce travail, je tiens à remercier en premier lieu M. Pierre Micheletti, pour la qualité de ses enseignements mais aussi pour l'accompagnement et les conseils prodigués.

Je tiens aussi à remercier tous ceux avec qui j'ai pu travailler au Desk Haïti, à la Direction des Relations et des Opérations Internationales à la Croix-Rouge Française. Je remercie aussi les personnels de Première Urgence et d'Aide Médicale Internationale, et notamment Sophie, coordinatrice choléra en Haïti pour AMI, pour leurs témoignages et pour les échanges que nous avons pu avoir. De part leurs qualités humaines et professionnelles, tous ceux que j'ai pu y côtoyer ont renforcé ma motivation à travailler dans l'humanitaire.

Enfin, je remercie mes parents pour leur soutien constant et leur précieux travail de relecture.

L'intérêt accordé à la maladie et à la mort n'est qu'une autre expression de l'intérêt accordé à la vie.

Thomas Mann

Se pa lè yon moun ap neye, pou- w montre-l naje

(ce n'est pas lorsque quelqu'un se noie qu'il faut lui apprendre à nager).

Proverbe haïtien

Introduction

Haïti, 12 janvier 2010, 16h53min. Un séisme de magnitude 7,3 sur l'échelle de Richter se produit, avec pour épicentre un point situé à proximité de la ville de Léogane, à 17 kilomètres de la capitale du pays, Port-au-Prince. Dans les heures qui suivent, une douzaine de répliques sont enregistrées, toutes supérieures en terme de magnitude à 5,0 sur l'échelle de Richter. Le 24 janvier, soit 12 jours après la catastrophe, l'Institut Géologique Américain affirmera avoir enregistré 52 répliques de magnitude égale ou supérieure à 4,5. L'hypocentre du séisme était situé à 12 kilomètres sous la surface, et c'est cette faible profondeur qui expliquera un bilan particulièrement lourd.

Le bilan du séisme est effroyable sur le plan humain : d'après les autorités haïtiennes, 222 650 personnes ont perdu la vie, 300 000 personnes ont été blessées, et plus d'un million de personnes se sont retrouvées sans-abri. Au total, on estime à plus de 3 millions le nombre de personnes en Haïti qui ont été directement affectées par la catastrophe, soit 15% de la population totale. Parmi elles, 2,1 millions ont été déplacées, dont 302 000 enfants. Du point de vue des infrastructures, on a dénombré 105 000 habitations individuelles complètement détruites, et 208 000 gravement endommagées. Plus de 1 300 établissement scolaires ont été détruits ou endommagés au point d'être inutilisables, ainsi que 50 hôpitaux et centres de santé. L'administration nationale a été décapitée : le palais présidentiel, le Parlement (abritant la Chambre des Députés et le Sénat), ainsi que plupart des Ministères et la majorité des tribunaux du Département de l'Ouest ont été détruits. Au total, le gouvernement haïtien a perdu 33% de ses effectifs, et 102 membres du personnel des Nations-Unies en Haïti ont perdu la vie lors du séisme. D'après le Fonds Monétaire

International (FMI), la catastrophe aura coûté 7,8 milliards de dollars à l'État haïtien, soit environ 120% de son Produit Intérieur Brut (PIB) annuel[1], alors que le pays était déjà classé 135ème sur 180 dans le classement des pays par PIB, établi par le FMI en 2009. On estime ainsi que le tremblement de terre du 12 janvier 2010 en Haïti est la catastrophe la plus grave qui se soit jamais produite en terme d'impact sur une économie : pour l'année 2009, la croissance haïtienne aura été d'environ 3%, pour 2010, le pays a connu une récession de 8,5%.

À bien des égards, la catastrophe qui a frappé Haïti a été exceptionnelle : au delà des bilans humains, économiques et matériels particulièrement lourds du fait, d'une part, de l'impréparation et de la vulnérabilité du pays aux catastrophes naturelles, et, d'autre part, de la localisation de l'épicentre du séisme, situé à moins de 20 kilomètres de la Capitale du Pays, au cœur du Département de l'Ouest c'est à dire dans la zone la plus peuplée et la plus importante du pays – du fait de la concentration des structures administratives et économiques du pays précisément dans l'agglomération de Port-au-Prince – il faut bien comprendre que les conséquences du séisme ont été grandement ressenties dans tout le pays, au-delà des villes effondrées. En effet, plus que le chiffre effrayant de 8,5% de récession économique, la problématique des *hosts-families* témoigne de cet impact : en Haïti, nombre de familles, pour ne pas dire toutes les familles, avaient un ou plusieurs de leurs membres travaillant à Port-au-Prince, cœur de l'activité économique du pays, afin d'assurer un revenu supplémentaire à la famille restée en province, notamment en zone rurale. Après le séisme, nombreuses ont été les personnes qui ont fui l'agglomération de Port-au-Prince où elles avaient perdu leur logement et leurs sources de revenus, pour aller se réfugier en province. En augmentant le nombre de personnes en Province sans que l'activité économique ne puisse suivre, ces déplacements de personnes ont considérablement augmenté la vulnérabilité des familles et des ménages partout dans le pays. Ainsi une étude menée par l'Organisation Internationale des Migrations (OIM) – qui a pris le rôle de leader du Cluster « Camp Coordination Camp Management Cluster » mis en place afin de coordonner les

[1] Toutes ces données sont issues du « Haiti Earthquake Post-Disaster Needs Assessment », document écrit par le Gouvernement haïtien en collaboration avec la Banque Mondiale, la Commission

efforts de ses membres dans la Gestion des Camps de personnes déplacées et d'étudier les phénomènes de rassemblement et de déplacements des populations affectées – et Digicel, premier opérateur de téléphonie mobile en Haïti, a permis, en localisant les téléphones portables des personnes qui se trouvaient à Port-au-Prince le 12 janvier 2010 et qui se sont déplacées après, d'estimer[2] à 380 000 le nombre de personnes qui se sont réfugiées dans leur *host-family* après le tremblement de terre. Ce phénomène apparaît clairement dans les estimations des personnes vivant dans les camps de personnes déplacées : le nombre maximal de camps (1 555) et le nombre maximal de personnes déplacées dans ces camps (1 500 000 personnes) n'ont été atteint qu'en juillet 2010, et étaient alors supérieurs au nombre de camps recensé en mars 2010 (moins de 1000 sites répertoriés) et au nombre de personnes y vivant (1 170 000) à ce moment là, c'est à dire deux mois après. Le fait que le nombre de personnes réparties dans les camps de déplacés n'ait atteint un record maximal qu'en Juillet 2010 est facilement explicable par le phénomène des *hosts families* qui a vu un grand nombre de personnes quitter Port-au-Prince pour se réfugier ailleurs dans les semaines qui ont suivi la catastrophe avant d'y revenir. Les raisons de ce retour sont en revanche plus difficiles à percevoir, mais elles sont sans doute nombreuses : impossibilité de subvenir à ses besoins en province, volonté de ne pas passer à côté d'une aide humanitaire concentrée dans les zones urbaines du Département de l'Ouest, fin de certaines récoltes et donc fin des besoins en main-d'œuvre dans les zones rurales, etc.

On voit bien ici que le tremblement de Terre a touché la société haïtienne dans son ensemble, et que, pour répondre à une crise aussi complexe il a fallu, et il faut toujours, aux organisations humanitaires comprendre toutes les logiques sociales et économiques de cette société afin de pouvoir lui apporter un soutien adapté. Mais avant même ce tremblement de terre, la population haïtienne était déjà particulièrement touchée par les catastrophes naturelles. Chaque année, le pays est ainsi frappé par des ouragans, pendant la saison cyclonique qui s'étend de début juin à fin septembre : l'année 2008 verra ainsi 800

[2] Chiffres et estimations fournies par UNOCHA (United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs) dans les rapports de situation publiés régulièrement.

personnes mourir, 1 million de personnes être sinistrées, ainsi que 100 000 habitations être détruites au cours d'une saison particulièrement violente. Mais ni les structures communautaires et nationales ni la population haïtienne n'étaient préparées à une telle catastrophe, et à ce qui allait apparaître seulement 10 mois après le séisme, à savoir le choléra.

Avant Octobre 2010, le choléra était inconnu en Haïti. Aujourd'hui[3] le choléra a officiellement tué 5 397 personnes et en a contaminé 344 623, dans toutes les départements d'Haïti, que ce soit dans les plus peuplés (Département de l'Ouest) où l'accès à la santé est le plus « aisé », ou dans les Départements les moins peuplés (Département des Nippes, etc.), là où les acteurs de la santé sont les moins présents[4]. Étudier le Choléra en Haïti soulève plusieurs enjeux : véritable « urgence en santé publique[5] », l'épidémie de Choléra que connaît encore aujourd'hui Haïti est à bien des égards exceptionnelle, de par son ampleur, mais aussi et surtout de par le contexte préexistant à son apparition. Il ne s'agira pas ici de faire une étude comparative entre l'épidémie haïtienne et d'autres situations car au delà du fait qu'une telle étude se résumerait uniquement à pointer les différences et les points communs entre deux situations, il est facile de comprendre que le contexte issu du séisme du 12 janvier 2010 a engendré une situation exceptionnelle. À travers l'étude des liens entre les conséquences du séisme et l'épidémie de choléra, ainsi qu'à travers l'étude de la réponse apportée par les acteurs humanitaires, se dégageront les spécificités de cette épidémie, non pas par rapport à d'autres situations d'épidémie de choléra, mais en tant que situation humanitaire exceptionnelle.

En effet, le séisme du 12 janvier 2010, en touchant des zones urbaines (outre l'agglomération de Port-au-Prince, on peut citer les villes de Jacmel, Léogane, Grand-Goâve et Petit-Goâve), a créé une situation extrêmement complexe en privant de leur logement et

[3] Fin Juin 2011

[4] Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Rapport de cas au 12 Juin 2011*, Haïti. Rapport épidémiologique publié sur le site < http://www.mspp.gouv.ht/ > consulté le 19 Juin 2011.

[5] Croix-Rouge Française, *Outil Méthodologique de prise en charge d'une épidémie de choléra par une Société Nationale Opératrice*, Paris, 2007, 20 p.

de leur accès habituel à l'eau et aux conditions d'hygiène un très grand nombre de personnes qui ont été forcées de vivre déplacées dans des camps de fortunes. C'est dans ce contexte que le choléra, « compagnon privilégié des catastrophes naturelles et des situations de conflits avec déplacements massifs de population[6] », est apparu, faisant d'Haïti, territoire à l'État décapité, une « urgence globale ». Afin d'améliorer cette situation, les acteurs de l'humanitaire, ONG (Organisations Non Gouvernementales), Bailleurs de Fond Institutionnels ou Agences onusiennes, se doivent d'apporter une réponse intégrée et multisectorielle, tout en restant dans leur rôle, c'est à dire en ne cherchant pas à remplacer les autorités haïtiennes, et en faisant au mieux avec des moyens techniques, humains et financiers limités.

Afin de montrer toute la complexité du contexte haïtien laissé par le Séisme du 12 Janvier et dans lequel le Choléra s'est développé, il nous faudra analyser la situation telle qu'elle était avant le Séisme et ses évolutions après celui-ci, notamment dans les domaines de la Santé, de l'Hygiène et de l'Eau, domaines dont la compréhension est fondamentale si on veut parler du Choléra. Après seulement avoir étudié les conditions dans lesquelles est apparu le Choléra, nous pourrons nous intéresser à la réponse des Acteurs de l'Humanitaire, et notamment celles des ONG. Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'action de deux ONG. En premier lieu, nous nous intéresserons à la Croix-Rouge Française – auxiliaire des pouvoirs publics français et membre du Mouvement International de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, la Croix-Rouge Française (CRF) ne se décrit pas elle-même comme une ONG, mais il nous semble que nous pouvons la qualifier d'ONG, ses ressources humaines et financières et ses méthodes de fonctionnement étant les mêmes que ceux des acteurs reconnus comme ONG. En second lieu, nous nous intéresserons à Aide Médicale Internationale – fusionnée depuis le 1er Avril 2011 avec l'ONG Première Urgence pour former Première Urgence - Aide Médicale Internationale. Nous nous permettons maintenant de quitter le « nous » impersonnel de l'écriture universitaire, pour le « je » réellement subjectif. Le fait d'avoir choisi ces deux ONG n'est pas innocent, car j'ai pu y

[6] *Ibid.* p. 3.

travailler et surtout y rencontrer des gens impliqués dans les programmes en Haïti et notamment contre le Choléra. Mais le choix d'AMI et de la CRF me paraît cohérent pour plusieurs raisons : tous deux sont des acteurs qui agissent dans le domaine médical, la Croix-Rouge Française agissant aussi dans d'autres domaines comme l'eau et l'assainissement, eux aussi liés au Choléra. Ces deux ONG, outre le fait d'être des acteurs reconnus, sont aussi complémentaires, et l'ont prouvé en agissant parfois de concert sur le terrain, comme nous le verrons. Bien entendu, il ne s'agira pas ici de faire un travail descriptif, mais plutôt d'analyser, d'expliquer les stratégies et les réponses apportées sur le terrain. Si Aide Médicale Internationale et la Croix-Rouge Française seront les deux structures les plus citées, nous ne manquerons toutefois pas d'évoquer le travail et les approches d'autres acteurs de l'humanitaire, qu'ils soient des ONG, ou des agences onusiennes.

Partie I : Une nouvelle urgence dans un pays déjà affaibli

1. Présentation du Choléra et histoire de son apparition en Haïti

Dans cette section, nous allons, après avoir présenté quelques données générales sur le choléra, et notamment sur les signes cliniques, la contamination et l'immunisation, voir l'historique de l'épidémie et les différentes hypothèses concernant l'apparition de la maladie en Haïti. Nous n'évoquerons pas ici le traitement, car nous reviendrons dans une autre section sur ce dernier, en théorie, et en pratique avec le cas haïtien. Enfin, nous chercherons à comprendre comment le choléra est parvenu jusqu'en Haïti.

Le choléra est une maladie diarrhéique parmi tant d'autres, mais c'est sans nul doute la plus spectaculaire et la plus médiatisée. Ce sont des bactéries, les vibrions cholériques, qui lorsqu'elles sont ingérées peuvent provoquer la maladie. La déclaration ou la non-déclaration de la maladie dépend de la quantité de vibrions absorbés (on estime que l'ordre de grandeur de la dose d'infection est de 100 000) et de l'aptitude de l'organisme à vaincre cette invasion, l'acidité de l'estomac étant dans une certaine mesure fatale aux vibrions cholériques. En zone humide comme Haïti la maladie peut évoluer du stade endémique au stade épidémique lors des épisodes de saison des pluies.

Une fois ingérés, les vibrions cholériques produisent une toxine qui stimule les cellules de la paroi intestinale, provocant une très importante sécrétion d'eau et de sels minéraux dans la lumière intestinale. L'excrétion de cette eau provoque la déshydratation du patient. Hors du corps humain, les vibrions du choléra sont capables de survivre en milieu humide de quelques jours à quelques mois en milieu favorable, tels les milieux alcalins et salins comme la sueur, les puits saumâtres, les égouts, etc. En revanche ils ne résistent pas à la sécheresse, à l'acidité, à l'exposition au soleil et à la compétition avec d'autres micro-organismes.

Concernant les signes cliniques, le malade présentera, après une incubation de deux à trois jours, divers symptômes : le choléra est toujours accompagné de diarrhées fréquentes et abondantes, de l'ordre de plusieurs litres en quelques heures, de selles aqueuses et incolores, généralement désignées en tant « qu'eau de riz ». Les vomissements sont souvent présents, mais pas systématiquement, ils peuvent être accompagnés de crampes douloureuses au ventre (« ventre de bois »). L'absence de fièvre est habituelle. En quelques heures, la déshydratation et l'épuisement peuvent entraîner la mort. Les enfants de moins de deux ans sont rarement atteints, alors que les décès d'adultes bien-portants, emportés en 24 ou 48h, constituent un indice d'épisode de choléra. Ainsi, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), il y a soupçon de choléra lorsqu'il y a chez un patient de plus de 5 ans un épisode de diarrhée aqueuse qui provoque une déshydratation sévère, épisode qui peut être accompagné de vomissements. Néanmoins, la vérification bactériologique est indispensable pour affirmer l'épidémie, et il faut tester la résistance du vibrion aux antibiotiques, via un antibiogramme.

Concernant les vecteurs de la contamination, il faut savoir que l'Homme est le principal réservoir de vibrions, qui se trouvent en quantité considérable (1 000 000 par gramme) dans les selles, les vomissements, et la sueur d'un individu porteur du vibrion. Les porteurs sains sont également un problème car ils sont également contaminants et constituent un danger du fait de leur ignorance et de leur mobilité. La durée d'excrétion du vibrion n'excède pas une semaine pour 70% des porteurs, et au-delà de deux semaines, 90% d'entre eux n'excrètent plus de vibrion. Pendant la période d'excrétion, à partir du foyer principal (selles et vomissements), les deux grands modes de contamination sont le contact manuel (le choléra est souvent désigné comme « la maladie des mains sales »), et ensuite l'eau. Une mauvaise hygiène pollue ainsi les mains qui elles-mêmes polluent les aliments, la vaisselle, les vêtements, l'eau et d'autres mains. L'eau, en particulier salée et chargée comme celles des ports, est un bon réservoir où le vibrion peut survivre pendant des mois ; c'est notamment le cas à Mogadiscio en Somalie[7]. Si le réservoir est périodiquement

[7] Action Contre la Faim, *Eau – Assainissement – Hygiène pour les populations à risques*, Paris, Hermann,

réensemencé par des porteurs contaminants, il peut ainsi perdurer. Les algues, les poissons et les crustacés deviennent aussi contaminants en concentrant les vibrions présents dans le milieu. En revanche, les mouches, souvent citées comme vecteurs de transmission, le sont effectivement, mais d'un nombre de vibrions insuffisant pour entraîner une contamination en tant que telle.

Afin d'être efficace, la prévention de la contagion doit concerner les patients malades qui doivent être strictement isolés pendant leur traitement dans une structure spécialisée. Mais au-delà de ça, la prévention de la contagion doit aussi concerner les porteurs sains, c'est à dire les personnes qui n'ont pas ingéré une quantité suffisante de vibrions cholériques, chez qui le seul symptôme observable sera la diarrhée, mais qui auront néanmoins un important potentiel de contamination. Les porteurs sains doivent ainsi être surveillés afin de détecter et traiter précocement leur maladie.

La vaccination n'est pas, dans le cas du choléra, considérée comme un moyen de prévenir la contagion généralisée : son effet est limité car il ne concerne que la moitié des patients, et tardif car il n'apparaît qu'une semaine après l'injection. Par ailleurs, une campagne de vaccination peut provoquer un faux sentiment de sécurité et diminuer la portée des campagnes de sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène.

Après avoir vu ces données générales sur le Choléra, intéressons nous à l'historique de l'épidémie en Haïti. Celui-ci est relativement bien connu grâce à la mission[8] menée par le Professeur Renaud Piarroux, médecin épidémiologiste français, entre les 7 et 27 Novembre 2010, soit très peu de temps après l'apparition de l'épidémie.

D'après les investigations menées au cours de cette mission, il a été constaté que le Choléra, inconnu en Haïti jusqu'alors, est apparu le 14 Octobre 2010 : le premier cas confirmé de Choléra, a été diagnostiqué chez un jeune homme de 20 ans qui a commencé à

2005, 785p.

[8] Professeur Renaud Piarroux, *Rapport de mission sur l'épidémie de Choléra en Haïti,* 2010. Rapport de Mission librement diffusé sur Internet, consulté le 3 Août 2011 à l'adresse <www.ph.ucla.edu/epi/snow/piarrouxcholerareport_french.pdf>

présenter les symptômes de la maladie à cette date. Ce patient vivait alors dans le hameau de Meille, prés de la ville de Mirebalais dans le département du Centre. C'est de ce hameau de Meille que venaient les patients présentant des symptômes de Choléra telle que la déshydratation sévère résultant d'une diarrhée aqueuse. Ceux-ci au cours de la 41ème semaine épidémiologique – du 11 au 17 octobre - ont été admis en nombre important à l'hôpital de Mirebalais, alors en partie géré par les Brigades Cubaines. Celles-ci ont donné l'alerte le 18 octobre. Le lendemain, le laboratoire National de Port-au-Prince annonçait que sur six analyses bactériologiques correspondant à six patients tombés malades entre le 14 et le 19 octobre 2010, cinq étaient positives à la souche Vibrio cholerae O1 El Tor Ogawa. Le village de Meille est traversé par la rivière Meye, affluent du Fleuve Artibonite, qui traverse lui-même la ville de Mirebalais, qui sera gravement atteinte dès le 20 octobre, d'autant que, d'après le Professeur Renaud Piarroux, le réseau d'eau de la ville était à ce moment là en phase de réhabilitation, ce qui amenait les gens à aller chercher leur eau dans le Fleuve Artibonite. Finalement, l'épidémie de Choléra explosera autour du Delta du Fleuve Artibonite, delta parsemé de petits villages et dont le taux de salinité est optimal pour la survie du vibrion cholérique[9]. Au 22 octobre 2010 à midi, on comptabilisait officiellement déjà 4 470 cas, et 195 décès, situés sur 21 communes réparties dans un rayon de 50 kilomètres autour du Delta du Fleuve Artibonite.

L'apparition du Choléra en Haïti, la rapidité de sa propagation et la simultanéité de la contamination d'un si grand nombre de personnes vivant le long du Fleuve Artibonite, a donné la certitude aux experts que la transmission du Choléra n'avait pas pu être interhumaine, surtout si on compare l'épisode Haïtien à d'autres épidémies telles que celles qui se sont déroulées en Guinée-Bissau, aux Comores et en République Démocratique du Congo[10]. Ainsi il ne fait nul doute sur le fait que la rivière Meye, puis le Fleuve Artibonite, ont joué le rôle de vecteur de propagation du Choléra à travers les départements du Centre

---

9 Dr. Alejando Cravioto, *Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti*, United Nations, 2011. <www.un.org/News/dh/infocus/haiti/UN-cholera-report-final.pdf> Lien Consulté le 3 Août 2011

10 *Ibid*, p. 13

et de l'Artibonite. Cependant, comme nous l'avons dit ci-avant, on estime que le seuil d'infection se situe autour de 100 000 vibrions ingérés par patient. Une propagation aussi rapide ramène l'influence de la contamination interhumaine à la marge, et signifie donc que le Fleuve Artibonite contenait un nombre extrêmement important de vibrions. D'après les conclusions des investigations du Professeur Renaud Piarroux, l'origine du Choléra en Haïti se situe dans un camp de Casques Bleus Népalais (Katmandou, capitale du Népal subissait une épidémie de Choléra au moment du départ des soldats népalais de leur pays) de la MINUSTAH, camp situé juste au dessus de la rivière Meye et qui aurait déversé pendant un certain temps, ses eaux usées directement dans la rivière. Il ne s'agira pas ici de reprendre l'enquête du Professeur Renaud Piarroux, celle-ci nous semblant cohérente et ses conclusions logiques à la vue des éléments présentés. Notons cependant que, dans l'expertise indépendante mandatée par les Nations-Unies et publiée seulement en Mai 2011, l'hypothèse de la culpabilité de la composante Népalaise de la MINUSTAH présente au camp de Meye, est confirmée, tout en étant relativisée par le fait qu'Haïti présentait « un ensemble de circonstances favorables à l'apparition du Choléra »[11], telle qu'un manque d'accès à une eau de qualité, et un manque de structures de soins adaptées, comme nous allons le voir en détail ci-après.

[11] *Ibid*, p. 14

2. Le système de santé haïtien : avant et après le séisme.

Pour analyser la prise en charge du Choléra par les acteurs humanitaires, et notamment ceux de la santé en Haïti à partir de la fin du mois d'Octobre 2010, il nous semble fondamental de présenter les principales caractéristiques du système de santé Haïtien. Afin d'en faire une analyse pertinente il semble aussi important de présenter les conséquences qu'a pu avoir le séisme du 12 Janvier 2010, afin de mieux mettre en lumière le positionnement des Acteurs de l'Humanitaire qui ont souvent agi en soutien de celui-ci, avant la catastrophe de Janvier 2010, et après d'autant plus au moment où le pays a dû affronter un autre fléau inconnu, le Choléra.

Les meilleurs indicateurs pour juger de l'état d'un système de santé dans un pays sont la mortalité infantile et la mortalité maternelle. Avant le séisme, la mortalité infantile[12] en Haïti était la plus élevée de tous les pays d'Amérique avec un taux de 57/1000[13], les causes principales de la mortalité infantile étant la mortalité néo-natale, les infections aiguës des voies respiratoires, les maladies diarrhéiques, l'anémie, et la malnutrition chronique. Concernant la mortalité maternelle, celle-ci était avant le séisme l'une des plus élevées du monde avec un taux de 630/100 000, avec seulement 25% des naissances qui avaient lieu dans un établissement de santé. Seules 18% des femmes en âge de procréer avaient accès à des méthodes contraceptives modernes. Le taux de prévalence du VIH/SIDA est alors de 2,2% alors que seuls 70% des cas de tuberculose étaient détectés.

De même, le Ministère de la Santé Publique et de la Population estimait qu'avant le séisme, seuls 47% des haïtiens avait accès à une offre de soins formels, les 53% restant devant se contenter de la médecine traditionnelle, notamment Vaudou. Ce faible accès aux soins formels est d'abord causé par la barrière financière, et par l'éloignement géographique des structures de santé : bien qu'un Paquet Minimum de Services ait été redéfini en 2006

---

12 Nombre d'enfants morts avant l'âge d'un an, pour 1000 naissances.

13 Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Plan Intérimaire du Secteur Santé*, Haïti, Mars 2010.

afin d'améliorer l'accès aux structures de santé, 50% des ménages déclaraient en 2009 ne pas avoir accès aux services de santé à cause des coûts trop élevés.

À propos de l'organisation du système de santé haïtien, celui-ci se découpe de trois niveaux :

- Le premier niveau est composé de 600 Centres de Santé dit Services de Santé de Premier Echelon (SSPE) avec et sans lits, et d'un second échelon composé de 45 hôpitaux communautaires de référence (HCR).

- Le second niveau est constitué de 10 hôpitaux départementaux.

- Le troisième et dernier niveau est basé sur six hôpitaux universitaires dont cinq sont situés à Port-au-Prince.

Beaucoup de ces établissements sont gérés par des ONG et par le secteur religieux, le secteur privé est extrêmement important, ce qui pose de gros problèmes de coordination, le MSPP, de son propre aveu, peinant à imposer son leadership.

De même, d'après le Plan Intérimaire du Secteur Santé, avant le séisme, le système de santé haïtien se caractérisait par plusieurs déficits majeurs. Le premier d'entre eux était l'iniquité de l'accès au soin au sein de la population haïtienne, que nous avons évoquée ci-avant en montrant comment la moitié des haïtiens n'avaient pas accès aux structures de santé faute de moyens financiers suffisants. Ainsi, si en moyenne 25% des femmes accouchaient en institution, au sein du 5ème quintile de revenus (les femmes les plus riches), elles étaient 78,2% à accoucher en institution, contre 5,9% des femmes du 1er quintile. En zone urbaine, si 90% de la population habite à moins de 30 minutes d'une structure de santé, dans les zones rurales, prés de la moitié des habitants habite à plus de 30 minutes de la structure de santé la plus proche, avec un accès aux transports motorisés réduit. Concernant les services de santé communautaires, si l'on en croit le MSPP, ceux-ci étaient avant le séisme très faibles et la participation de la population dans leur fonctionnement limitée.

Le second déficit structurel du système de santé haïtien avant le séisme est le manque de financements. L'Etat haïtien a consacré, entre 2005 et 2009, 5,7% de son PIB pour la santé, soit 32$ par habitant par an, sans pouvoir rétablir les principaux indicateurs sanitaires. La plus grande partie du coût des soins reposait donc sur les patients ou sur leurs proches, et de ce fait, ceux-ci, au mieux, attendaient avant d'avoir recours aux soins que leur état soit très dégradé, ou, au pire, n'avaient pas du tout recours aux soins. En effet, dans un contexte où plus des trois-quarts des haïtiens vivaient avec moins de 2$ par jour, et alors que le recouvrement des coûts était une pratique largement répandue, un tarif, même faible, pouvait constituer une barrière infranchissable.

Troisième défaut, le manque d'organisation et de coordination au niveau national. Le nombre important d'acteurs de la santé, entre ceux issus du secteur public, ceux issus du secteur privé constitué par les organismes religieux, les ONG nationales, les ONG internationales, les structures privées à but lucratif, etc., rend la coordination très compliquée : le système national d'information demeure peu efficace en raison de l'hétérogénéité des systèmes parallèles liés à des projets spécifiques qui sont mis en place sans aucune articulation avec le MSPP. En plus d'être très centralisé à Port-au-Prince, le système de santé haïtien peine à se coordonner avec la coopération internationale, à y faire entendre sa voix et y imposer ses priorités : les seules dépenses de la coopération internationale pour le VIH/Sida représentent le double de tout le budget public consacré à la santé. D'après le MSPP, les programmes de la coopération internationale sont conçus de façon « totalement verticale dans le souci de montrer des résultats immédiatement visibles, ce qui de fait entraîne un déséquilibre au niveau des services peu ou pas soutenus. Cette situation loin d'apporter des solutions pérennes aux problèmes sanitaires de la population, ne fait qu'affaiblir le leadership du MSPP »[14].

Dernière faiblesse structurelle du système de santé haïtien, les Ressources Humaines. Avant le séisme, Haïti comptait en moyenne 5,9 médecins ou personnels infirmiers et 6,5 « professionnels de la santé » pour 10 000 habitants, très loin donc de la norme minimale de

[14] *Ibid*, p.12.

l'OMS de 25 professionnels pour 10 000 personnes. Ce déficit est d'abord provoqué par les lenteurs du système d'accréditation des organismes privés de formation et un manque de planification stratégique des besoins humains dans les structures publiques. Au-delà de ça, les structures publiques ont d'énormes difficultés à retenir les personnels qualifiés car elles subissent la concurrence des organismes privés et, aussi malheureusement, la concurrence des ONG qui offrent des salaires plus alléchants. Mais la présence de ressources humaines n'est pas forcément synonyme de soins de qualité : il y a en Haïti un réel problème de productivité des personnels médicaux. De l'aveu même du MSPP :

> *« Les raisons de la faible productivité sont multiples : la faible rémunération, l'absence de plans de carrière, des conditions de travail et de vie difficiles et une absence de mécanisme de suivi des performances. »*

Nous le verrons très clairement pour le choléra et le problème que constitue la passation de structures de soins soutenues par des ONG pour qu'elles soient gérées par le secteur public, mais un des problèmes principaux est celui des salaires, de leur montant, mais aussi de leur paiement qui est souvent retardé. Pourtant, pour l'année fiscale 2009-2010, l'Etat haïtien a alloué 75 millions de dollars au secteur de la santé, dont 80% pour les salaires : le Gouvernement a bel et bien compris l'importance des salaires des personnels de soins, mais le secteur de la santé souffre tout simplement d'une mauvaise gouvernance.

Voilà dans quelle situation se trouvait le système de santé Haïtien, celui-là même qui allait devoir affronter le Choléra à partir d'Octobre-Novembre 2010, au moment du 12 Janvier, lorsque la terre s'est mise à trembler. De manière logique, les conséquences du séisme sur le système de santé haïtien ont été lourdes : nous avons déjà évoqué[15] le fait que de par les déplacements de population, c'est tout le pays qui a été touché par les conséquences du séisme et c'est donc le système de santé dans son ensemble qui a dû faire face à une pression accrue, même dans les zones épargnées par la catastrophe. Mais au-delà des conséquences matérielles – ont été détruits ou gravement endommagés 60% de toutes les structures de santé des trois département les plus touchés que sont les Départements de

[15] cf. Introduction

l'Ouest, des Nippes et du Sud-Est –, c'est l'apparition d'une population extrêmement vulnérable composée des 1,5 millions de personnes déplacées amenées à vivre dans des camps aux conditions d'hygiène considérablement dégradées, dans leur grande majorité dans ces trois départements, qui a accru la pression sur un système de santé déjà très faible.

Paradoxalement, l'accès aux soins de santé primaires a été amélioré après le séisme, du fait de la décision du Gouvernement de décréter leur gratuité. On estime ainsi que 90% des Haïtiens avaient accès à la santé dans les mois qui ont suivi le séisme – les 10% restant étant composés des personnes vivant dans des zones très isolées. Si cette décision, parce qu'elle impactait une partie des revenus des personnels de santé et perturbait donc considérablement le fonctionnement des structures de santé, a pu être critiquée, notamment par Alain Deloche[16], Président de la Chaîne de l'Espoir, elle a été défendue par nombre d'ONG, au premier rang desquelles Médecins du Monde et Médecins Sans Frontières[17] car elle permettait justement à un nombre considérable de personnes dans l'impossibilité de pouvoir payer pour des soins de santé en temps normaux, d'accéder à ces soins. Cette décision, d'abord prévue pour une durée de 3 mois, a été prolongée jusqu'en Juillet 2010, et jusqu'en Octobre pour les Médicaments.

Octobre 2010, c'est justement le moment où est apparu le choléra en Haïti. Mais il est difficile de concevoir que si cette gratuité des soins ou des médicaments avait été prolongée plus longtemps, l'ampleur de l'épidémie en aurait été réduite. Le Choléra était à ce moment là inconnu d'un système de santé affaibli : ses personnels n'étaient pas formés au

---

[16] Alain Deloche, « En Haïti, quand le remède peut tuer le médecin », Le Monde, 23 Juillet 2010

[17] Lire notamment la tribune publiée par Rony Brauman sur le blog du Centre de réflexion sur l'Action et les Savoirs Humanitaires (CRASH) de MSF « Issues de Secours », le 28 Juillet 2010. Lien <http://humanitaire.blogs.liberation.fr/msf/2010/07/ha%C3%AFti-la-m%C3%A9decine-priv%C3%A9e-et-les-priv%C3%A9s-de-m%C3%A9decine.html> ainsi que sur le site de Médecins du Monde «(Re)Construire le Système de Santé en Privilégiant la Gratuité ». Lien <http://www.medecinsdumonde.org/Presse/Dossiers-de-presse/a-l-International/HAITI-Trois-Mois-Apres-le-Seisme/3.-Re-construire-le-systeme-de-sante-en-privilegiant-la-gratuite>. Liens consultés le 6 Août 2011.

diagnostic et au protocole de soin très spécifiques à cette maladie, et n'avaient de toute façon pas les moyens humains et matériels pour accueillir l'afflux de patients touchés par les symptômes. On touche là du doigt la manière dont sont liées les deux urgences, à savoir celle de la reconstruction et celle du Choléra, car c'est en reconstruisant le système de santé sur tous les plans (ressources humaines, financières, matérielles, etc.) que le Choléra pourra, en partie, être combattu. C'est donc tout le système de santé qui est concerné. Mais le système de santé n'est le seul à être intimement lié à la propagation du vibrion cholérique : le second système lié au Choléra, c'est celui de l'eau, comme nous allons le voir maintenant.

3. L'accès à l'eau et à l'assainissement : des conditions favorables pour le Choléra

Nous l'avons vu, l'eau et les conditions d'hygiène jouent un rôle fondamental dans les épidémies de Choléra. C'est particulièrement le cas en Haïti avec les rôles joués par la rivière Meye, le Fleuve Artibonite et son Delta. Mais l'eau et les conditions d'hygiène ne joueront pas un rôle dans les seuls premiers jours de l'épidémie : comme dans toutes les épidémies de Choléra en milieu tropical humide, l'eau jouera le rôle de moteur de l'épidémie.

Avant le séisme, 60% de la population haïtienne n'avait pas accès à des infrastructures améliorées en eau, comme une habitation reliée au réseau d'eau de la ville, un réservoir communautaire, ou un puits protégé. De même, 70% de la population n'avait pas accès à des infrastructures d'assainissement de base – latrines, etc. Dans les zones rurales, cela concernait en moyenne 85% de la population. Les personnes qui avaient accès à l'eau via les réseaux d'eau publics ou par des revendeurs privés, avaient le plus souvent accès à une eau de bonne qualité puisque traitée par le système « d'osmose inversée », ou osmose inverse. Ce système de filtration ne laisse passer que les molécules d'eau et fournit donc une eau stérile, sans bactéries, mais le principal défaut de ce système c'est que l'eau stérile issue de la filtration peut tout à fait être contaminée après, lors de son transport ou de son stockage, ce qui n'est pas le cas avec un système de chloration adapté, comme nous le verrons.

Il est facile de concevoir dans quelles mesures le séisme a impacté les conditions d'accès à l'eau et à l'hygiène, notamment dans les zones urbaines les plus touchées, à savoir l'agglomération de Port-au-Prince – comprenant les communes de Port-au-Prince, Delmas, Pétion-Ville, Carrefour, Cité-Soleil, etc. – les villes de Petit-Goâve, Grand-Goâve, Léogane, Jacmel, etc. Dans les grandes villes où des réseaux d'adduction d'eau existaient - c'est le cas à Port-au-Prince et à Petit-Goâve[18] notamment, le séisme a détérioré l'état des canalisations

---

[18] Une évaluation du réseau d'eau, effectuée par la Fondation Véolia et la Direction Nationale

en créant des fuites. De même, les réseaux d'eau qui n'offraient un service que quelques heures par jour avant le séisme ont quasiment cessé tout fonctionnement du fait du manque de carburant et de combustible pour les pompes – environ la moitié des ressources de l'agglomération de Port-au-Prince était issue des forages. Seconde raison de la détérioration de l'accès à l'eau en milieu urbain, c'est l'effondrement des réservoirs privés ou communautaires. De nombreux ménages s'approvisionnaient en eau en l'achetant dans leur quartier auprès de revendeurs eux-mêmes approvisionnés par des camions privés ou dans les magasins dit « d'osmose inversée ». Avec le séisme, de nombreux réservoirs se sont effondrés diminuant ainsi l'accès à une eau de qualité. Mais même pour les réservoirs et les systèmes privés ayant résisté à la catastrophe, le séisme a entrainé une telle dégradation du contexte économique et une telle baisse des revenus au sein de la population qu'il était désormais impossible pour beaucoup d'Haïtiens de s'approvisionner en eau comme ils le faisaient auparavant.

Pourtant, le nombre de personnes ayant accès à l'eau potable est resté stable après le séisme, et ce grâce aux efforts des acteurs de l'humanitaire et notamment des ONG, qui ont entrepris des distributions d'eau potable dans les camps des personnes déplacées via la mise en place de *bladders*[19] alimentés par des rotations de *Water Trucking*[20]. Très coûteux, ce système avait aussi l'inconvénient de pérenniser, petit à petit, la présence des gens dans les camps de déplacés, ce qui était en contradiction avec le but affiché par la communauté des humanitaires, à savoir permettre le retour de ces personnes dans leurs habitations et leurs quartiers d'origine, afin qu'ils retrouvent leur autonomie. Pour certains acteurs comme la Croix-Rouge Française, ce système était en totale contradiction avec les efforts de normalisation et avec les partenariats mis en place avec des acteurs haïtiens comme la DINEPA ou la CAMEP à Port-au-Prince (Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau

---

de l'Eau Potable et de l'Assainissement (DINEPA), en collaboration avec les équipes de la Croix-Rouge Française, à Petit-Goâve, au second trimestre 2010, dénombrera une centaine de fuite sur le réseau d'eau de la ville, sans déterminer néanmoins lesquelles étaient antérieures au séisme du 12 janvier 2010

[19] Réservoirs souples

[20] Rotations de camions citernes

Potable). Par ailleurs, ce système si il était utilisé par les bénéficiaires, ne leur convenait pas totalement du fait de leurs habitudes économiques – systèmes d'approvisionnement privés – mais aussi culturels. Emprunte de superstitions, la culture haïtienne peut présenter certaines résistances à ce qui nous paraît, d'un point de vue occidental, comme logique et rationnel, nous y reviendrons dans une section spécifiquement consacrée aux croyances qui entourent le Choléra. Pour toutes ces raisons, les ONG ont cherché à se désengager du *Water Trucking* pour aller vers des solutions plus pérennes, mais ont été forcées, à l'instar des Sociétés Nationales du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant Rouge, à continuer à utiliser ce système pour assurer un approvisionnement en eau potable aux personnes déplacées, lorsque le Choléra est apparu.

Le problème le plus grave n'a donc pas été l'approvisionnement en eau en tant que tel, mais bel et bien les conditions d'hygiène. De manière tout à fait logique, les camps ont été montés dans la précipitation dans les jours qui ont suivi le séisme, sur le peu d'espaces laissés libres par les bâtiments, effondrés ou non. La densité de population et la promiscuité étaient extrêmes, et les conditions d'hygiène s'y sont peu à peu dégradées, Haïti ne disposant pas de réel service de collecte des ordures[21], et les camps étant dépourvus, à la base, de système d'évacuation des eaux usées. Afin de remédier à ce problème, les ONG actives dans le domaine de l'eau, de l'hygiène et de l'assainissement, ont notamment cherché à installer des latrines vidangeables et des douches directement dans les camps afin d'y améliorer les conditions d'hygiène, mais elles se sont heurtées à d'importantes difficultés.

D'abord un simple problème de place : l'installation de latrines et de douches doit logiquement se faire sur terrain plat, à distance raisonnable des premiers abris d'urgence

[21] La seule décharge publique de l'agglomération haïtienne est la tristement célèbre « Décharge de Truittier », lieu où sont entassés de manière totalement anarchique d'importantes quantités de déchets et où des camions de vidange vident des eaux usées. L'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) mène en ce moment même un projet pour construire un centre d'incinération, mais bien que le projet soit proche de son aboutissement, il est pour l'instant (avril 2011) au point mort. Des médias locaux ont rapporté des soupçons de corruption.

(tentes, bâches, etc.), et sur un emplacement facile d'accès pour les camions de vidange dans le cas des latrines, et d'approvisionnement en eau dans celui des douches. Hors il a souvent été difficile de réunir ces conditions. Par ailleurs, en Haïti les propriétaires des terrains sur lesquels étaient installés les camps – la majorité des camps sont installés sur des terrains privés – refusaient l'installation de latrines et de douches car ils craignaient la sédentarisation des personnes déplacées sur leurs propriétés. Il a donc fallu négocier, et parfois s'imposer, au cas par cas. Mais la principale difficulté venaient des personnes déplacées elles-mêmes : si l'installation de latrines et de douches a été, de manière tout à fait logique, très bien acceptée et même le plus souvent demandée par les gens qui allaient en être les bénéficiaires, cela devenait plus compliqué lorsqu'il fallait décider de l'endroit où les placer, notamment pour les latrines. Certaines personnes ont ainsi pu refuser à cause d'odeurs nauséabondes et persistantes et par crainte que cela apporte des maladies, que des latrines soient installées prés de leurs abris. On a ainsi pu voir des latrines être volontairement dégradées et rendues inutilisables afin que les personnes vivant à proximité ne soient plus incommodées. Parfois les latrines et même les douches, ont pu être « privatisées » par la pose d'un cadenas de vélo sur la porte. Toutes ces difficultés ont parfois pu être surmontées par des évaluations précises, par l'emploi de personnes issues des camps pour la surveillance et l'entretien des installations, mais elles témoignent bien de la complexité de mise en place de programmes d'hygiène, et donc de l'amélioration des conditions de vie dans les camps.

Une fois installées, les douches et surtout les latrines, pouvaient encore poser problème. Ainsi, la logistique de leur fonctionnement était difficile car les camions fonctionnaient en flux tendu et il suffisait, par exemple, qu'un camion rate une rotation – pour problème mécanique, accident de la circulation, etc. – pour que des latrines ne soient pas vidangées et débordent, répandant ainsi les excrétas dans le camp. Dans un contexte d'épidémie de Choléra, il est facile d'imaginer quel impact peut avoir ce genre d'événement. Quelques chiffres témoigneront bien de la situation et de la difficulté de mise en place de ces

infrastructures au sein des camps : les normes Sphère[22] préconisent qu'en situation d'urgence, il y ait une latrine pour au maximum 20 personnes et que celle-ci se situe au minimum à 50 mètres des premières habitations, afin que son utilisation ne présente pas de risque pour la santé. En Haïti, dans les 18 camps de personnes déplacées qu'elle avait à gérer, la Croix-Rouge Française, comme d'autres acteurs de l'humanitaire agissant dans les camps dans les domaines de l'hygiène et de l'assainissement, ont mis en place des programmes dont les objectifs étaient l'installation d'une latrine pour 100 personnes, sans pouvoir tenir compte de la distance minimale d'installation, faute de pouvoir faire mieux.

[22] Charte Humanitaire mise en place par un groupe d'ONG et le Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge afin de déterminer les standards minimums d'une intervention humanitaire de qualité. Plus de 400 organisations, réparties dans 80 pays ont participé à la rédaction du dernier manuel (2004).

Partie II : La Réponse Humanitaire face au Contexte Haïtien

1. Une prise en charge assurée par les Organisations Non Gouvernementales.

Dans le contexte haïtien tel que celui du mois d'Octobre 2010, l'apparition du Choléra, une fois confirmée, a pris tous les acteurs, organisations non gouvernementales, agences onusiennes et Etat haïtien, par surprise. Mais si la réponse s'est mise en place très rapidement, il est apparu très vite que l'Etat haïtien allait déléguer aux ONG le domaine de la lutte contre le Choléra. Il n'est pas utile de revenir sur les faiblesses du système de santé haïtien et sur le manque de leadership sur MSPP, mais face au Choléra, alors totalement inconnu en Haïti comme dans la sous-région des Caraïbes, la lenteur du MSPP et des agences onusiennes a dû laisser la place à l'action des organisations privées. Pourtant, celle-ci n'a pas été parfaite. Il ne s'agira pas ici de décrire, activité après activité, quelles ont été les actions des ONG Humanitaires, mais plutôt d'analyser leurs stratégies et leurs méthodes d'action, ainsi que leurs faiblesses.

Comme très souvent dans les premiers jours de leur intervention dans un contexte d'extrême urgence, les ONG ont commencé par faire de la distribution. Notamment présente dans l'agglomération de Port-au-Prince et dans la ville de Petit-Goâve, la Croix-Rouge Française (CRF) a par exemple concentré son action contre le Choléra dans ces zones, et avait ainsi distribué, en date du 4 Novembre 2010, soit moins de deux semaines après l'officialisation de la menace, plus de 50 000 comprimés d'« Aquatab[23]», 1 000 kits d'hygiène et des Sels de Réhydratation Orale (SRO[24]) pour 1 500 familles. Cette première réponse de la part des ONG s'est faite dans la précipitation inhérente à l'apparition d'une maladie dans un contexte où personne ou presque n'imaginait son apparition. Un seul

[23] Chaque comprimé est constitué de Chlore et peut décontaminer un litre d'eau claire pendant 24 heures.
[24] Mélange de sel et de sucre

exemple témoignera de l'impréparation des Acteurs de l'Humanitaire en général et des ONG en particulier aux difficultés du contexte haïtien : les pastilles d'« Aquatab » comme les sachets de SRO sont standard et s'utilisent avec des volumes d'eau mesurés en litre. Hors, en Haïti, l'unité de mesure du volume des liquides la plus communément utilisée est le gallon. Un gallon étant égal à 3,7854 litres d'eau, il est facile d'imaginer toutes les difficultés d'utilisation rencontrées par les bénéficiaires, surtout si ceux-ci n'avaient pas eu accès à des sessions de sensibilisation, non encore organisées à ce moment là.

Ces distributions ne constituaient en fait qu'un premier pas alors que, sur le terrain et dans les sièges des capitales, les ONG mettaient en place la vraie réponse. La CRF s'est positionnée sur deux niveaux de réponse, à savoir la sensibilisation, la prévention et la formation d'un côté, et le soutien aux structures de soin d'un autre côté. D'autres ONG, comme celles appartenant au réseau MSF, se positionneront sur la mise en place de structures de soin *ad hoc.*

Pour la phase de prévention, des activités de promotion de l'hygiène étaient déjà mises en place dans les camps de personnes déplacées avant le déclenchement de l'épidémie, mais avec celle-ci, ces activités ont été renforcées par l'apport de nouveaux personnels, notamment issus du corps de volontaires de la Croix-Rouge Haïtienne. De part leur pratique du créole haïtien et leur connaissance du terrain, les volontaires de la Croix-Rouge haïtienne ont constitué un atout inestimable à l'action des sociétés nationales du Mouvement de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge en Haïti. La CRF a aussi profité du fait qu'elle avait créé, dans la vingtaine de camps où elle intervenait sur les communes de Delmas et de Croix-des-Bouquets (agglomération de Port-au-Prince) des comités d'hygiène et de Réduction des risques de Catastrophe (comités constitués d'habitants des camps et supervisés par la CRF) pour implanter des « Points de Réhydratation Orale » (PRO, aussi appelés « Tant premye swen kolera[25] » en créole haïtien), petites structures gérées par des bénévoles en charges de la diffusion des messages de sensibilisation, de la désinfection, via la pulvérisation de solution chlorée à 2% des eaux stagnantes dans le camp, de

[25] « Tente Premiers Soins Choléra »

l'administration de solution à base de SRO pour les gens présentant les symptômes, et enfin du référencement des malades vers les deux structures type mises en place par ailleurs, les Unités de Traitement de Choléra (UTC), et les Centres de Traitement du Choléra (CTC), sur lesquelles nous reviendrons. Au sein des camps, outre les PRO et les sessions de sensibilisation, la Croix-Rouge Française a aussi organisé la surveillance, l'entretien et la désinfection régulière des latrines via le recrutement de « dames pipi » et d'équipes de désinfection directement issues des camps. Recrutées, formées et équipées par la CRF, suivies par la Croix-Rouge Haïtienne, les équipes de désinfection étaient en charge, 24 heures sur 24, de la désinfection des rampes de distribution d'eau, des latrines, des lieux de passage (gares routières) dans les quartiers, mais aussi et surtout de la désinfection des habitations des personnes infectées ou décédées. Ces équipes étaient en première ligne pour le guidage des malades vers les centres spécialisés, mais aussi pour le référencement des cadavres et leur désinfection, avant que les équipes de Médecins Sans Frontières ou celles DSO créées à l'initiative de la CRF, ne viennent les chercher. La mise en place, dans l'urgence, de tout ce système ne s'est pas fait dans la facilité comme nous pouvons l'imaginer. Un seul exemple témoignera, là encore, des difficultés opérationnelles rencontrées : il a pu arriver que certains des membres des équipes de désinfection refusent de porter leurs tenues en plastique et leurs masques à cause de la chaleur, ou désinfectent de manière incomplète les logements des personnes contaminées ou ceux de leur voisinage immédiat. De même, il était possible de les voir protester contre un salaire trop faible : en effet, bien qu'en première ligne et courant de grands risques de se voir eux-mêmes contaminés, les membres des équipes gagnaient individuellement moins qu'un chauffeur de camion citerne employé pour l'approvisionnement des *bladders* en eau potable. Mais il était impossible pour les organisations de faire autrement, un chauffeur de camion étant considéré comme un travailleur qualifié, le travail de désinfection ne requérant, quant à lui, pas de qualification préalable.

La sensibilisation – organisée avec des sessions directement dans les camps, dans les écoles, mais aussi avec des campagnes d'affichage et des messages diffusés à la radio ou par SMS – insistait davantage sur les modes de transmission de la maladie, l'importance de

l'hygiène et de l'utilisation des latrines du camps. Pour compléter ces sessions de sensibilisation, encore fallait-il permettre aux habitants des camps et des quartiers attenants de suivre ces conseils. Pour cela, outre l'installation de latrines vidangeables, que nous avons évoquée[26], ont été installés par la CRF, 180 (10 par camp) Points Chlorés de Lavage des Mains, qui sont en fait des bornes fontaines distribuant de l'eau chlorée à 0,05%. Comme nous l'avons déjà écrit, le *Water Trucking* d'abord prévu pour être progressivement stoppé, a été prolongé à cause du choléra, permettant ainsi aux gens des camps et des quartiers de s'approvisionner en eau potable.

Concernant la formation, au moment de l'apparition du Choléra, la CRF avait la chance d'avoir une équipe de coordination médicale particulièrement active et très proche de la Direction Sanitaire de l'Ouest (DSO). La coordination médicale de la CRF est ainsi devenue le point focal officieux de la réponse au Choléra et de sa coordination, notamment pour les acteurs locaux. C'est donc la CRF qui a organisé la formation de tous les personnels de santé des 41 structures publiques et communautaires aux protocoles spécifiques de lutte contre le Choléra et de désinfection. Entre Octobre 2010 et Février 2011, 994 personnels de santé de l'agglomération de Port-au-Prince ont ainsi été formés par les équipes de la CRF. Des superviseurs travaillant à la DSO ont aussi pu avoir accès à une formation au Choléra, mais de manière plus poussée afin qu'il puisse y'avoir réplication. Toujours pour la DSO, cette dernière a pu mettre en place, grâce au soutien apporté par la CRF, un système de collecte et de gestion des cadavres, qui faisait cruellement défaut hors des structures spécialisées et dont l'importance s'avérait capitale.

Malgré les activités de formation, de sensibilisation et de prévention mises en place, le vibrion cholérique continuait de contaminer de plus en plus de personnes. Parallèlement à ces activités s'est donc mis en place le volet médical de l'intervention. Le traitement des patients s'est fait dans deux types de structures spécialisées : les UTC, et les CTC. Les UTC sont des structures directement liées aux Centres de Santé, mais où les patients cholériques sont isolés des autres: un UTC peut être une pièce du Centre de Santé dédiée, ou une tente

[26] cf. p.25

médicalisée. Le personnel de l'UTC est issu du personnel du Centre de Santé qui a été formé aux protocoles spécifiques du Choléra, que ce soit l'administration de Sels de Réhydratation Orale, et la perfusion de solution intraveineuse de réhydratation pour les patients trop faibles pour être capables de boire (Ringer Lactate). Un UTC est ouvert selon les horaires du Centre de Santé auquel il est rattaché et ne peut donc pas accueillir des patients 24 heures sur 24, du moins en théorie. Un CTC est une structure beaucoup plus lourde qu'un UTC : véritable Centre indépendant destiné aux cas les plus lourds, avec beaucoup plus de lits, un CTC est, selon la norme, ouvert 24 heures sur 24. Dans ces deux structures, un soin particulier est apporté à l'isolement des patients, des excrétas, à l'incinération des déchets médicaux, à la désinfection à l'entrée et à la sortie.

De manière globale, il a toujours manqué des UTC et des CTC en Haïti, malgré l'ampleur de la réponse apportée par les acteurs de l'Humanitaire. Si on considère que l'épidémie a suivi quatre phases, à savoir une explosion en Octobre-Novembre 2010, un pic important en Décembre, puis une longue et lente descente entre Février et Mai 2011, mois au cours desquels l'épidémie a connu un nouveau pic avec l'arrivée de la saison des pluies, il apparaît que même en Avril 2011, alors que le taux de mortalité était passé sous la barre symbolique des 2%, et que les structures accueillaient moins de malades, il manquait encore en Haïti, d'après UNOCHA et le Cluster Santé[27], 14 CTC et 26 UTC. Toujours d'après UNOCHA, le pays comptait alors 217 UTC et 97 CTC. Mais les ONG internationales ou haïtiennes sont des organisations privées soumises à des impératifs, et certaines ont parfois choisi sciemment, faute d'avoir assez de patients à soigner, de diminuer leur niveau de réponse à ce moment là, pour pouvoir s'impliquer à nouveau lors du pic prévu au moment de la saison des pluie, et qui n'a pas manqué de se produire. Cela a notamment été le cas de certaines organisations du réseau Médecins Sans Frontières, comme MSF-Espagne.

Mettre en place une UTC ou un CTC a parfois pu s'avérer compliqué du fait d'un rejet de la population vivant à proximité du site d'installation, arguant qu'il n'y avait pas de

[27] United Nations Office for Coordination of Humanitarian Affairs (UNOCHA), *Haiti : Cholera Treatment Centers (CTCs) ans Units (CTUs) Snapshot*, Avril 2011

Choléra chez eux et que l'installation d'une structure de soin n'allait faire qu'amener les malades et donc la maladie. Conséquence de ce rejet, les malades du Choléra se cachaient et, trop souvent, des gens ont attendu le dernier moment avant de prendre des renseignements dans un PRO, ou de se rendre dans une UTC. Nous reviendrons plus tard sur les causes de ce rejet, qui trouvent leur racine dans la culture haïtienne. La Croix-Rouge Française a ainsi vu l'une des ses UTC (Centre de Santé St-Martin 1, dans l'agglomération de Port-au-Prince) être taguée et partiellement incendiée une nuit. Trois Centres de Santé, sur les vingt sélectionnés par la CRF pour accueillir une UTC en leur sein, ont refusé l'installation d'une structure en tant que telle pour n'accepter que la formation de leur personnel aux protocoles de prise en charge, du fait de pressions exercées par la population du voisinage, voir même parfois, de pressions exercées par les Directions des centres elles-mêmes ! Mais ces cas ont été, pour la CRF, exceptionnels.

Mettre en place des UTC, si cela s'est avéré vital, a donc été un processus complexe. Il en a été de même pour la mise en place de CTC avec, en plus des mêmes difficultés rencontrées lors de l'installation d'UTC, la difficulté pour trouver un terrain. Il peut paraître dérisoire de rencontrer des difficultés pour le simple fait de trouver un terrain d'installation, mais cela a bel et bien été le cas pour certaines ONG. Il faut bien se rendre compte que dans une agglomération dévastée comme celle de Port-au-Prince, peu à peu dégagée des gravats les plus légers mais toujours encombrée de bâtiments effondrés, la plupart des terrains libres étaient occupés par des camps de personnes déplacées. Les quelques terrains disponibles, et répondant aux besoins des ONG, en taille, à distance minimale des premières habitations (pour garantir un isolement entre les malades et les personnes du voisinage), étaient loués à prix d'or par les propriétaires. Heureusement, cela n'a pas été un problème pour des organisations aux moyens importants, comme Médecins du Monde ou Médecins Sans Frontières, mais cela a pu poser problème à des organisations comme Aide Médicale Internationale. La Croix-Rouge Française, quant à elle, a profité de ses partenariats forgés en Haïti : la CRF a ainsi été la seule structure à mettre en place un CTC avec l'Hôpital du GHESKIO (Le Groupe Haïtien d'Etude du Sarcome de Kaposi et des Infections Opportunistes), organisation spécialisée dans la prise en charge des malades atteints du VIH

et de la Tuberculose. Déjà discriminés du fait de leur séropositivité, les malades atteints du VIH et du Choléra trouvaient là une structure capable de prendre en charge les deux à la fois. Afin d'assurer la pérennité de son intervention, la CRF n'intervenait pas directement dans le CTC de l'Hôpital de GHESKIO : après avoir assuré son installation et son démarrage, la CRF a assuré son fonctionnement via l'approvisionnement en intrants (matériel médical), en eau, ainsi que via le paiement des salaires du personnel dédié au CTC.

Concernant Aide Médicale Internationale, il convient, là aussi, de revenir sur son parcours dans la lutte contre le Choléra tant celui-ci a été unique. Lorsque le Choléra est apparu en Haïti et notamment dans l'agglomération de Port-au-Prince, cette organisation a décidé de mener des actions afin de participer à l'effort global des ONG pour lutter contre cette maladie. Forte de son expérience et de son personnel médical expérimenté, AMI avait ainsi pour projet d'ouvrir un CTC. Mais très vite, l'ONG s'est retrouvée face à un problème foncier en cela qu'il lui a été impossible de trouver un terrain répondant aux normes minimales : le peu de terrains disponibles était hors de portée de ses moyens financiers. Mais en décembre 2010, l'épidémie de Choléra, alors en pleine explosion, a commencé à toucher des zones rurales situées en périphérie des villes, et notamment dans les « Mornes[28] », zones reculées et difficiles d'accès dont les habitants étaient particulièrement menacés du fait d'un accès aux structures de santé encore plus faible que dans les zones urbaines. Devant ces besoins qui n'étaient que peu voir pas du tout couverts, et devant les rapports de la DSO et de l'OMS faisant état d'explosions épisodiques, localisées et meurtrières du Choléra, AMI a décidé, avec l'accord d'ECHO (European Commission Humanitarian Office), de porter son action dans ces zones. La stratégie adoptée consistait à monter des UTC temporaires dans les hameaux et les villages à propos desquels la DSO et l'OMS avaient donné l'alerte. Cette stratégie a été mise en place en collaboration avec la CRF, et notamment ses équipes Eau et Assainissement. Ainsi quand la DSO ou l'OMS lançaient une alerte, la CRF fournissait des intrants indispensables au fonctionnement de

[28] Monts ou Montagnes en créole.

l'UTC temporaire, et les équipes médicales d'AMI – qui étaient disponibles puisque l'ONG n'avait finalement pas ouvert de CTC – partaient monter et faire fonctionner l'UTC temporaire. Des équipes de sensibilisation et du service logistique de l'une ou de l'autre ONG pouvaient aussi être utilisées. Malgré cette collaboration entre les ONG, l'Etat haïtien (avec la DSO et le MSPP), et les Nations-Unies (via la coordination assurée par l'OMS et l'aide matérielle fournie par l'UNICEF), intervenir dans les Mornes s'est avéré complexe, à cause de l'éloignement. Rejoindre les zones d'intervention n'était pas le plus difficile et si l'absence ou le mauvais état des routes ont pu contraindre les équipes à utiliser des chevaux voire des hélicoptères de l'UNHAS (United Nations Humanitarian Air Service) ou de la MINUSTAH pour se rendre sur zone, c'était finalement le fonctionnement de la structure, avec l'approvisionnement en matériel médical, le roulement des équipes, la logistique - l'essence pour le générateur, etc.-, qui a posé le plus de problèmes. Intervenir dans des zones si reculées supposait aussi d'arriver dans des zones où les gens n'avaient pas forcément les mêmes réactions qu'en ville, comme nous le verrons avec l'exemple édifiant des menaces dont ont été victimes les équipes de la CRF et d'AMI lors de leur intervention dans le hameau de Lamarque (UCS Cul de Sac - Frontière).

Avec le temps, les ONG et les autorités ont pu mieux s'organiser. Après le pic concomitant au retour de la saison des pluies, en mai-juin 2011, AMI a ainsi pu ouvrir, enfin, son CTC. Mais pour une véritable action pérenne, il apparaît que les ONG qui étaient présentes dans les camps avant le déclenchement de l'épidémie, parce qu'elles ont pu mettre en place de actions de formation et de sensibilisation, ont fait un travail tout aussi important que celles qui ont pu monter, dans l'urgence, des structures de soin. La clé du succès pour les acteurs de l'humanitaire réside en fait dans la relève du système de santé, comme nous allons le voir.

2. La relève du système de santé : une nécessité pour une action pérenne

Pour les ONG qui ont choisi de lutter contre le Choléra, la relève du système de santé affecté est, logiquement, devenue une priorité, et ce pour deux raisons. La première raison est l'importance de celui-ci dans une stratégie de lutte contre le Choléra, surtout si cette dernière se veut pérenne. La seconde raison est l'état du système de santé haïtien tel qu'issu du séisme du 12 janvier 2010. Nous ne reviendrons pas ici sur l'état du système de santé haïtien au lendemain du séisme, car nous l'avons longuement analysé, mais sur les stratégies suivies par les acteurs de l'humanitaire. Les ONG ont suivi, simultanément pour certaines d'entre elles comme la Croix-Rouge Française, trois approches :

- La réhabilitation des infrastructures.
- Le renforcement organisationnel.
- L'amélioration de la qualité des soins.

Nous évoquerons donc ici l'approche des ONG en Haïti afin d'améliorer l'accès aux soins de la population. Il nous faut préciser que la plupart de ces projets ont été démarrés avant l'apparition du Choléra, et que si la présence de cette maladie a pu modifier les activités notamment axées sur le renforcement organisationnel et l'amélioration de la qualité des soins – formation ou *training* des personnels, organisation du suivi épidémiologique – il est certain que l'apparition du Choléra est apparue comme une nouvelle justification et plus encore comme un élément clé de ces projets, un système de santé étant de toute façon plus efficace contre cette épidémie à mesure qu'il est doté de plus de moyens techniques, financiers et humains.

La Croix-Rouge Française intervenait ainsi, avant l'apparition du Choléra, dans 11 Centres de Santé (8 dans l'agglomération de Port-au-Prince et 3 à Petit-bois) afin d'œuvrer à la réhabilitation infra structurelle, au renforcement organisationnel et à l'amélioration de la qualité des soins. Le renforcement des infrastructures affectées par le séisme a été un

processus complexe : il a fallu évaluer dans quelles mesures les bâtiments avaient été affectés, et si besoin, lancer des travaux de réhabilitation, parfois précédés de travaux de destruction. Les évaluations ont été effectuées par les spécialistes de la Fondation Architectes de l'Urgence et concernaient aussi bien l'état physique des bâtiments, que l'installation électrique ou le système d'évacuation des eaux usées. Certains centres de Santé avaient été préalablement évalués par les ingénieurs du MTPTC (Ministère des travaux Publics, des Transports et des Communications) et de l'UNOPS (United Nations Office for Project Services, Bureau des Nations unies pour les services d'appui aux projets) qui classaient les bâtiments en trois catégories – verte pour ceux qui n'avaient pas été affectés par le séisme, jaune pour ceux à réhabiliter, et rouge pour ceux à détruire –, et avaient été classés en catégorie rouge, tout en étant toujours actifs et en accueillant toujours des patients, malgré les menaces d'effondrement. Après cette phase d'évaluation des besoins, des entreprises locales étaient contractées pour la mise en œuvre des travaux de réhabilitation, sous la supervision des équipes de la CRF et de la Fondation Architectes de l'Urgence.

Si l'amélioration de la qualité des soins pouvait, bien sûr, être liée à la réhabilitation des locaux, des systèmes d'évacuation des eaux usées et aux systèmes électriques, cet objectif comprenait aussi une part beaucoup plus médicale : la CRF a financé l'approvisionnement en médicaments et en matériel médical basique des 11 centres de santé, via un approvisionnement organisé à la suite d'évaluations en accord avec les personnels des Centres et les équipes CRF, et via appel d'offre international. Mais au delà de la réhabilitation des infrastructures et de l'approvisionnement en intrants médicaux, l'objectif d'amélioration organisationnel est plus intéressant : il a consisté à permettre une amélioration de l'organisation des centres de santé sur les plans du suivi de la qualité des soins, de la gestion matérielle, de la gestion de l'information (notamment épidémiologique), de la délégation de l'autorité et du management, et des ressources humaines. Toutes ces améliorations ont été apportées suite à des formations dispensées aux personnels des Centres, auxquelles s'ajoutaient des formations purement médicales comme la prise en charge spécifique à l'enfant, ou bien sûr, les protocoles de soin spécifiques au Choléra. Les

formations dispensées étaient adaptées au contexte haïtien et au niveau des personnels de santé, infirmiers et auxiliaires : à l'invitation du MSPP, la CRF a pu organiser des formations dans ses Centres de Santé, formations dispensées par des experts nicaraguayens et adaptées au contexte haïtien relativement proche.

La formation des personnels de santé s'avérera donc une des stratégies les plus importantes de celles mises en place par les ONG pour renforcer le système de santé, et cette stratégie ciblera tous les pans du système de santé : la Croix-Rouge Française, en plus de son intervention dans les 11 Centres de Santé, mènera aussi la refonte des programmes et de l'organisation des enseignements de l'Ecole Nationale des Infirmières de Port-au-Prince (ENIP). Aide Médicale Internationale se concentrera quant à elle sur le premier échelon du système de santé haïtien, à savoir celui de la santé communautaire, informelle et traditionnelle. L'ONG sera ainsi pionnière dans la sensibilisation au Choléra des « Hougan » et des Mambo (respectivement prêtres et prêtresses) Vaudou : formant un véritable système de santé de premier échelon parallèle, ces prêtres n'avaient reçu aucune formation médicale avant la sensibilisation aux bonnes pratiques pour prévenir et diagnostiquer le Choléra prodiguée par les équipes d'AMI. Sensibiliser les acteurs du Culte Vaudou au Choléra n'est évidemment pas une solution idéale, mais cette stratégie part du constat que, devant le peu de moyens financiers à leur disposition et devant la méconnaissance de la maladie, c'est à eux qu'une grande partie des Haïtiens s'adresse en premier lieu en cas de problème de santé.

Si la sensibilisation des acteurs du Culte Vaudou n'a pas été sujette à controverse, il n'en a pas été de même avec les programmes de soutien aux Centres de Santé. Nous avons déjà évoqué[29] la controverse qui a opposé Alain Deloche à Rony Brauman par tribunes interposées, à propos de la gratuité des soins, de l'amélioration de l'accès à la santé et des conséquences sur le système de santé haïtien. Parallèlement, la capacité des ONG à participer au relèvement du système de santé haïtien a aussi pu être mise en doute. Denis Gouzerh, Chargé de Mission à Médecins Sans Frontières, a ainsi publié une tribune sur le

[29] cf. p.21

blog du CRASH, « Issues de Secours », où il dit en substance que les investissements des bailleurs de fonds internationaux – et notamment des Etats du continent américain comme le Brésil, le Venezuela, Cuba, les États-Unis et le Canada principalement – doivent se diriger vers la partie publique du système de santé haïtien, et non pas vers le secteur privé et les ONG. Et Denis Gouzerh d'ajouter :

> *Dans tous les cas de figure, une fois l'argent des particuliers dépensé (dans un an, deux ans maximum), les ONG seront une nouvelle fois mises à contribution par les bailleurs pour colmater les brèches, mais elles ne sont jamais des acteurs majeurs du «relèvement». Prétendre le contraire pour bénéficier de la générosité publique relève de l'imposture.*

Si Denis Gouzerh n'explique malheureusement pas pourquoi les ONG ne pourraient pas être des acteurs du relèvement – par manque de moyens techniques, humains et financiers ? –, on voit ici deux conceptions de l'action humanitaire s'affronter : celle de Médecins Sans Frontières et des acteurs purement urgentistes, et celles des acteurs qui, sans délaisser l'urgence, se positionnent aussi sur la réhabilitation, comme le fait la Croix-Rouge Française en agissant dans 11 Centres de Santé.

Les ONG peuvent-elles être des acteurs du relèvement du système de santé haïtien ? Si des difficultés inhérentes à Haïti, comme le manque de moyens financiers, limiteront la portée de ces actions – qu'adviendra-t-il ainsi du CTC de l'Hôpital GHESKIO lorsque la Croix-Rouge Française cessera de prendre en charge les salaires ? – il nous semble pertinent que les ONG ne se limitent pas seulement au rôle de « French Doctors » en prenant en charge elles-mêmes les patients, et qu'elles agissent aussi pour renforcer les structures de soins, aux niveaux organisationnel, humain, technique et financier. L'action de Médecins Sans Frontières a sans doute été utile en Haïti, mais les spécificités du contexte, avec l'apparition du Choléra et surtout avec le nombre très important d'acteurs humanitaires présents en zones urbaines comme en zones rurales, créant de fait un système de santé parallèle, gratuit et efficace mais concurrent du système de santé haïtien déjà faible, a rendu nécessaire, en Haïti plus qu'ailleurs, que les ONG s'investissent dans la relève du système de santé, afin de permettre une diminution de leur volume opérationnel à moyen terme, et la

prise en charge d'un Choléra endémique par des structures haïtiennes renforcées.

3. L'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'hygiène, facteur clé dans la lutte contre le choléra.

Second axe de l'approche intégrée adoptée par certaines ONG pour lutter contre la propagation du Choléra, l'amélioration de l'accès des populations à une eau de qualité et à l'hygiène a pour objectif de prévenir le Choléra en diminuant les possibilités de propagation et de contamination par le *vibrio cholerae*. Tout comme les programmes de santé, la plupart des programmes *Wash*[30] en Haïti ont été lancés avant l'apparition du Choléra dans le pays, ces deux domaines faisant largement parti des domaines de compétences de nombreuses ONG, mais ceux-ci n'ont été rendus que plus urgents et plus importants à mesure que l'épidémie se faisait de plus en plus violente. En revanche, à la différence des programmes de santé, les programmes liés à l'eau et à l'hygiène pouvaient s'adapter aux réalités locales : là où les programmes de santé subissaient les lignes directrices logiques du MSPP, les programmes *Wash* pouvaient être adaptés aux réalités locales, qu'elles soient urbaines ou rurales, sans que cela n'affecte la qualité des programmes, ce qui n'aurait pas été le cas pour les programmes santé.

Dans cette section nous allons donc étudier quelles ont été les stratégies de plusieurs ONG, dont la Croix-Rouge Française et Première Urgence – Aide Médicale Internationale pour améliorer l'accès à l'eau et aux conditions d'hygiène en Haïti, dans l'agglomération de Port-au-Prince, dans le Département de l'Artibonite et dans la ville de Petit-Goâve. Nous concentrerons notre analyse sur les projets de réhabilitation et de développement, s'inscrivant donc dans une démarche « post-urgence », à ce titre nous n'évoquerons pas les projets directement mis en place dans les camps car nous avons déjà vu[31] leurs principales difficultés et parce que ceux-ci ont vocation à être temporaire, l'objectif affiché par la communauté des acteurs de l'humanitaire étant permettre la sortie des camps pour le retour à un habitat plus durable, et en aucun cas la pérennisation d'habitats insatisfaisants sur tous

[30] *Water, Sanitation and Hygiene* – Eau, Assainissement, et Hygiène
[31] cf p. 26

les plans dans des camps de déplacés.

Justement, l'objectif de faire sortir les déplacés des camps de fortune peut parfois concorder avec celui de créer un accès pérenne à une eau de qualité pour ces mêmes déplacés. Dans le cadre de son « approche quartier » menée dans la commune de Delmas, dans l'agglomération de Port-au-Prince, la Croix-Rouge Française a ainsi mis en place des activités de réhabilitation de réservoirs privés et communautaires. Dans cette zone, avant le séisme, les habitants avaient pour habitude d'acheter de l'eau dans ces réservoirs, eux mêmes approvisionnés en eau de qualité par le réseau d'eau de la ville ou le plus souvent par des camions citernes. Ces réservoirs, pour la plupart effondrés, les habitants des camps et des quartiers attenants n'avaient d'autres choix que de s'approvisionner dans les *bladders* ou pour ceux qui en avaient les moyens, dans les magasins : l'accès à l'eau n'était donc pas satisfaisant sur le plan quantitatif. Afin de permettre le retour à un approvisionnement en eau autonome et de qualité, la CRF et d'autres ONG ont mené des activités de réhabilitation des infrastructures, comme des réservoirs communautaires et privés ou des impluviums afin de rétablir leur fonctionnement mais aussi d'améliorer les conditions de récolte et de stockage de l'eau, notamment du point de vue de l'hygiène (étanchéité des réservoirs, etc.). Ce travail visant à permettre le stockage de l'eau dans de bonnes conditions pour que celle-ci soit revendue, présente de nombreux avantages. Il y a d'abord un avantage économique car relancer le commerce de l'eau dans les quartiers, c'est relancer une partie de l'économie locale. Il y a ensuite un avantage d'acceptation car c'était cette solution qui était demandée par les bénéficiaires, enclins à retrouver leur condition d'existence d'avant séisme. Enfin, ce travail entre dans le cadre de la lutte contre le Choléra en permettant un accès à une eau de qualité, le plus souvent traitée par osmose inversée dans les stations, voir aussi par chloration, et ce de manière pérenne. Dans les quartiers, l'action des ONG ne s'est pas limitée aux seules conditions d'accès à l'eau, elle a aussi concerné les conditions d'hygiène : la construction d'abris transitionnels[32] a ainsi, systématiquement et logiquement,

[32] Un abris transitionnel et un abris construit en kit avec une dalle de béton, du bois et de la tôle. Conçu pour résister aux secousses sismiques et aux vents violents, un abris transitionnel, comme son nom l'indique sert de transition entre l'abris d'urgence et le logement pérenne.

été accompagnée de constructions de latrines permanentes, afin d'améliorer la globalité de la situation des bénéficiaires selon une approche multisectorielle.

Dans d'autres contextes, l'approche adoptée a été différente. Ainsi, à Petit-Goâve, la stratégie adoptée par la CRF est plus complexe : le réseau de cette ville de 150 000 habitants, auquel on estime qu'un tiers était rattaché, présentait deux avantages. Le premier de ces avantages tient au contexte naturel et topographique. En effet, située en bord de mer et en contrebas des mornes, la ville profitait de l'eau qui descend par pression naturelle des sources situées en altitude, sources qui en plus fournissent une eau de très bonne qualité. Le second avantage tient à la qualité des matériaux (tuyauterie de fonte, notamment) dans lesquels a été construit ce réseau à l'époque de l'occupation américaine[33] qui lui permet, même s'il n'a pas été entretenu, de ne nécessiter que des travaux relativement légers. En effet, malgré cela, le réseau d'eau a principalement souffert de deux problèmes, à savoir le manque d'entretien qui a rendu plusieurs de ses sections inutilisables, et le séisme du 12 Janvier 2010, lors duquel les mouvements de la terre ont provoqué des cassures et des fuites dans le réseau, ainsi que la destruction des stations de récolte de l'eau de source, situées en altitude. Comme nous l'avons déjà évoqué, une mission d'évaluation menée par la CRF, les experts de la Fondation Véolia et la DINEPA, dénombrera et réparera une centaine de fuites, sans pouvoir déterminer lesquelles sont antérieures ou extérieures au séisme. Mais l'action de la CRF, financée par UNICEF, ne s'arrêtera pas là et son projet *Wash* à Petit-Goâve entrera dans le cadre de sa stratégie de lutte contre le Choléra : via la pause de nouvelles canalisations, le réseau d'eau sera étendu pour pouvoir offrir un accès à l'eau, en habitation privée, ou en station communautaire reliée, à un total de 53 000 personnes. Surtout, au système de traitement par osmose inversée préexistant, sera ajoutée un point de chloration de l'eau, avant que celle-ci n'entre dans le réseau, et les réservoirs situés en altitude seront complètement réhabilités pour assurer leur salubrité et leur étanchéité et ainsi supprimer tout risque de contamination à la source ou lors du transport. Enfin, des techniciens de la DINEPA ont été formés à la maintenance et à la gestion de la nouvelle

[33] 1915 - 1934.

station de chloration, ainsi qu'à la détection et à la gestion d'éventuelles nouvelles fuites sur le réseau.

Particulièrement touchée par le séisme, la ville de Petit-Goâve comptait de nombreux déplacés dont les conditions de vie et notamment les conditions d'accès à l'eau, comme à Port-au-Prince ou ailleurs, favorisaient le Choléra : améliorer l'accès à une eau potable, au delà de l'amélioration des conditions de vie de la population, permet aussi de freiner l'avancée du choléra. Pourtant, dans le contexte haïtien et en ce qui concerne les réseaux d'eau urbains, l'action des ONG a pu être empêchée par la complexité de ce type de projets et des moyens nécessaires à leur mise en œuvre, notamment dans un contexte urbain bouleversé par les destructions provoquées par le séisme. Si une ONG comme la Croix-Rouge Française a pu assurer le rôle de coordination et de maîtrise d'ouvrage pour un projet mené dans une ville de la taille de Petit-Goâve, aucune ONG (pas même les grandes ONG anglo-saxonnes comme OXFAM, pourtant spécialiste du domaine de l'eau) n'a eu les moyens nécessaires, notamment au point de vue technique, de mettre en œuvre un tel projet à l'échelle de l'agglomération de Port-au-Prince. Dans la Capitale, ce sera donc Suez Environnement en collaboration avec la DINEPA, qui, financé par la Banque Interaméricaine de Développement et par l'Agence Espagnole de Coopération Internationale pour le Développement (AECID) à hauteur de 8 millions d'euros (bien plus que n'importe quel projet *Wash* mené par une ONG, notamment française, en Haïti) sur trois ans, se chargera de la réhabilitation de ce réseau : pour des projets d'une telle envergure, on touche à la limite des capacités opérationnelles des ONG.

Mais le Choléra n'a pas seulement profité de conditions d'accès à l'eau et à l'hygiène détériorées en milieu urbain, il en a été de même dans les zones rurales, et les acteurs de l'humanitaire se sont aussi concentrés sur ces zones. Le Département de l'Artibonite, du nom du fleuve qui le traverse d'Est en Ouest, est l'une des zones les plus touchées par l'épidémie de Choléra, parce que c'est là que la maladie a littéralement explosé comme nous l'avons déjà souligné, mais aussi et surtout du fait de l'isolement de la population et du manque criant d'infrastructures, qu'il s'agisse d'infrastructures de santé, d'adduction d'eau

ou d'hygiène. La CRF mène ainsi un projet particulièrement ambitieux, sur cinq ans, financé par la Commission Européenne (EuropeAid, 10ème Fonds Européen pour le Développement), dans 14 localités rurales et périurbaines du Département de l'Artibonite. Particulièrement complet, ce projet prévoit la construction et la réhabilitation de systèmes d'adduction d'eau gravitaires, de puits, et la construction de latrines sèches. Enfin, des sessions de sensibilisation aux bonnes pratiques d'hygiène seront organisées ainsi que des formations à la construction de latrines sèches. Surtout, tout le projet a été conçu en collaboration avec des ONG locales demandeuses et avec le souci constant de privilégier les techniques les plus simples afin de favoriser la réplication parmi les communautés, et de participer au développement durable de la zone. De même, les sessions de sensibilisation sont organisées selon la méthode participative PHAST, avec laquelle les communautés sont complètement impliquées dans la définition de leurs problèmes et les moyens de les prévenir et d'y remédier.

On voit ici qu'il ne s'agit pas ici d'une approche d'Urgence : un tel projet, sur cinq ans et qui prévoit de tels objectifs, est clairement un projet de développement et non pas un projet d'Urgence. Lutter contre le Choléra en Haïti passera aussi par des projets visant à améliorer durablement les conditions de vie des populations, comme les projets de développement, car cette maladie est le compagnon privilégié des conditions de vie insalubres et détériorées qui caractérisent les déplacements de population comme en Haïti, et elle ne pourra pas être vaincue seulement avec des UTC et des CTC. Au-delà des projets de développement, les projets de réhabilitation sont aussi concernés : lorsque l'épidémie de Choléra est apparue, de nombreuses ONG avaient déjà débuté des projets de réhabilitation, notamment dans le domaine de l'accès à l'eau et à l'hygiène, et face à cette épidémie, celles-ci n'ont eu qu'à adapter leurs projets à la marge car améliorer l'accès à une eau de qualité et à des infrastructures d'hygiène permet, de toute façon, de participer à l'enrayement de la progression du Choléra. Ainsi, si au moment de leur conception, certains de ces projets n'avaient pas vocation à lutter contre le Choléra, ils ont quand même participé à la stratégie globale de lutte contre l'épidémie.

4. Les résistances rencontrées au sein de la population et les conséquences sur l'action humanitaire.

Il est impossible de traiter correctement de la réponse au Choléra en Haïti sans analyser comment la population a pu intégrer certaines croyances, et comment la réponse humanitaire a du s'y adapter, et ce pour deux raisons : le Choléra était inconnu en Haïti jusqu'en Octobre 2010, et comme tous les phénomènes inconnus, il a suscité toutes sortes de questions, de craintes, d'incertitudes, particulièrement en Haïti, pays empreint de tradition et de culture Vaudou, où, à cause du Vaudou mais pas seulement, un nombre important de gens sont enclins à croire au surnaturel, ou à l'action de forces extérieures à Haïti, notamment politiques. L'identité nationale en Haïti est très marquée par l'époque de la colonisation française, mais aussi surtout par l'époque de l'occupation américaine et par l'opposition avec la République Dominicaine. Souvent pointés du doigt comme habitants du « pays le plus pauvre des amériques » devant être « mis sous tutelle », les Haïtiens rejettent cette stigmatisation par une forte propension à croire aux complots, venus de l'extérieur du pays, ou organisés au sein de la classe politique haïtienne. Afin d'adapter leurs réponses, ces phénomènes ont été décrits et analysés par les ONG intervenant sur le terrain au premier rang desquelles la Croix-Rouge Haïtienne[34] et Médecins Sans Frontières[35].

Un proverbe populaire en Haïti « Mikwob pa touye ayisyen » qui peut se traduire par « Les microbes n'atteignent pas les Haïtiens » résume bien le système de pensée dans lequel évolue une partie de la population. Selon ce proverbe, les Haïtiens seraient si habitués aux microbes qu'ils jouiraient d'une totale immunité à leur égard, et que par conséquent, les gens sont victimes « d'autre chose » et que ceux qui luttent contre la maladie sont, au mieux, des naïfs, au pire, des complices. Les entretiens qui ont été faits avec les communautés ont permis de dégager quelques axes sur les croyances et les opinions partagées par la

---

[34] Haitian Red Cross Psychological Support Programme, *Épidémie de Choléra : note sur les croyances, sentiments et perceptions de la communauté*, Croix-Rouge Haïtienne, 2010, 6p.
[35] Florence CAPELLE, *Médecins Sans Frontières : Réponses à quelques questions. Transmission, prévention et traitement du Choléra*, Médecins Sans Frontière, 2010, 12p.

population haïtienne, dans et hors des camps. Ainsi, les équipes sur le terrain ont pu entendre, à propos du choléra :

« C'est un poison introduit par les étrangers pour nous diviser »

« C'est une maladie apportée par les étrangers afin de nous exterminer et de nous prendre nos terres »

« Le Choléra n'existe pas dans notre pays, c'est autre chose qui nous tue »

« C'est une maladie apportée par les ONG pour obtenir plus d'argent »

« À chaque période électorale, il y a une épidémie de maladie. C'est de la politique. Cela est produit pour détourner notre attention »

« Il s'agit d'une punition de Dieu »

« C'est un autre signe divin (après le tremblement de terre) que la fin du monde est proche »

« On nous dit que le Choléra existe dans de nombreux pays. Mais celui-ci est différent parce qu'il tue beaucoup plus de gens »

On voit bien, à travers ces opinions récoltées sur terrain, que l'origine du Choléra peut être perçue comme faisant partie d'un complot fomenté à l'étranger ou en Haïti, ou ayant une origine divine. Toutes ces croyances, même si elles ne sont heureusement pas partagées par tous les Haïtiens, trouvent leur origine d'une part, dans l'inconscient collectif haïtien marqué, comme nous l'avons dit, par la colonisation et l'occupation, et par la stigmatisation, et d'autre part dans la religion, qu'elle soit purement Vaudou ou plus syncrétique avec le christianisme. Concernant les croyances liées au contexte électoral, celles-ci s'expliquent par le fait que l'épidémie est apparue en pleine campagne électorale, ce qui aboutira à un processus électoral très mouvementé[36] et décrié. Plus globalement, toutes

[36] Pour résumer, le 1er tour, organisé à la fin Novembre 2010, a été annulé après les émeutes qui ont éclaté en décembre à la publication des résultats provisoires, donnant Jude Célestin, gendre du Président Préval et candidat proche du pouvoir, vainqueur du 1er tour, au dépend, notamment du populaire chanteur Michel martelly, disqualifié puisqu'arrivé troisième, derrière la candidate Mirlande Manigat, seconde et elle aussi qualifiée pour le second tour. L'Organisation des États Américaines (OEA) a enquêté, recompté les voix, et, après quelques tergiversations, a rendu ses conclusions en conseillant la disqualification de Célestin et la qualification de Martelly, qui sera

ces croyances trouvent leur origine d'abord dans le manque de sensibilisation au choléra, manque auquel ont progressivement pallié les ONG, comme nous l'avons par exemple vu avec le cas d'AMI et des prêtres et prêtresses Vaudou.

Mais quelles ont été les conséquences de ces croyances sur la réponse à l'épidémie organisée, entre autres, par les ONG ? Comme on peut aisément le concevoir, ces croyances ont rendu encore un peu plus complexe le travail des acteurs de l'humanitaire face au Choléra, comme en témoigne les violentes attaques subies dès la fin du mois d'octobre 2010 par les équipes de Médecins Sans Frontières à St-Marc, dans le Département de l'Artibonite. Toutes les organisations agissant dans le domaine de la santé via la mise en place d'UTC et de CTC ont connu, à des degrés divers, de semblables manifestations d'hostilité de la part de la population locale. La Croix-Rouge Française, comme nous l'avons déjà dit, a parfois dû faire face à ce genre d'incidents : elle a ainsi vu son UTC installé au sein du Centre de Santé St-Martin 1 être incendié une nuit.

Mais plus encore que ces attaques en milieu urbain, il nous semble plus intéressant d'analyser les réactions des populations en milieu rural. En effet, les attaques et les menaces subies par certaines ONG à Port-au-Prince ou dans d'autres centres urbains peuvent, en partie, être expliquées par la crainte des populations de voir s'installer un foyer de malades, sans garantie que leur isolation soit parfaite[37]. Mais en milieu rural, notamment dans les Mornes, il n'y a pas la même densité de population, la peur de voir s'installer un foyer de malades qui contaminerait les alentours ne peut donc pas expliquer les menaces et les attaques subies par les humanitaires. En revanche, les zones rurales, forcément plus reculées, sont des zones où la pratique du Vaudou est plus forte, et celle-ci a pu servir de moteur aux craintes relatives au Choléra. Le meilleur exemple de cette situation est sans doute ce qui est arrivé aux équipes de la Croix-Rouge Française et d'Aide Médicale Internationale lors de leur intervention conjointe à Lamarque (UCS Cul de Sac – Frontière) dans les Mornes surplombant Port-au-Prince.

---

finalement élu, après avoir affronté Mirlande Manigat lors du second tour.

[37] Nous devons tout de même préciser que ces craintes, si elles étaient compréhensibles, demeuraient injustifiées, les normes d'hygiène pour les déchets ainsi qu'à l'entrée et à la sortie étant très strictes.

À Noël 2010, le MSPP donne l'alerte au Cluster Santé en signalant des personnes décédées en moins de trois heures suite à des vomissements sanglants, avec fièvre mais sans diarrhée. Après avoir envisagé tous les diagnostics possibles, et après avoir cherché un transport en hélicoptère, longtemps repoussé pour cause de fêtes de fin d'année et d'équipes indisponibles, une équipe du MSPP composée d'un médecin, d'un épidémiologiste et d'un laborantin se rend sur place. Après deux jours, l'équipe confirme qu'il s'agit d'un accès de Choléra sévère, et dit avoir reçu 8 cas de Choléra en 24 heures, dont 2 sont décédés faute d'électricité pour pouvoir perfuser de nuit. Face à cette situation, la mission de la CRF a consisté à fédérer un maximum d'acteurs autour de cette urgence afin de pouvoir installer au plus vite une UTC Temporaire à Lamarque – à noter qu'on retrouve ici le rôle pivot tenu par les équipes de la CRF au sein de la DSO. L'action des ONG était indispensable, la section communale dont faisait partie Lamarque ne comptant aucun personnel soignant, et le hameau n'étant accessible qu'en hélicoptère ou en comptant 5 heures de marche. Une équipe médicale d'AMI fut donc envoyée par hélicoptère pour prendre le relais de l'équipe du MSPP et mettre en place une UTC temporaire en bonne et due forme, mais tout ne se déroula pas comme prévu. En effet, pendant la première journée, les équipes reçurent l'aide de la population pour aménager l'UTC dans une église désaffectée prêtée par la paroisse. Mais la nuit venue, alors que les équipes constituées d'expatriés et de personnels haïtiens dormaient, des chants et des incantations en créole se firent entendre. Au petit matin, devant le malaise apparent des personnels haïtiens, les expatriés leur demandèrent ce que cela signifiait : ces chants et ces rituels étaient en fait des menaces directes contre les équipes haïtiennes « achetées » et contre les « blancs » venus en hélicoptère répandre la « poudre blanche du choléra » ! Devant leur situation d'isolement et devant l'impossibilité d'obtenir un hélicoptère immédiatement en cas de menace directe contre leur sécurité, les équipes décidèrent de quitter les lieux, les plus pressées à pieds, les autres en attendant l'hélicoptère des Nations-Unies qui n'allait pouvoir faire qu'une seule rotation et allait devoir laisser là tout le matériel.

Fort heureusement, ces situations où les communautés refusaient l'action des organisations humanitaires sont demeurées exceptionnelles en Haïti. Il n'empêche qu'elles

ont existé. Pourquoi l'intervention dans certains quartiers urbains était-elle plus facile que dans d'autres apparemment semblables ? Pourquoi certaines communautés rurales se sont-elles opposées à l'arrivée d'équipes médicales quand d'autres les accueillaient très favorablement et faisaient tout ce qui leur était possible pour les aider ? Est-ce un problème de leaders communautaires plus ou moins ouverts à la communauté des acteurs de l'humanitaire ? Ou faut-il juste attendre un nombre de morts conséquent afin que la demande d'intervention émane de la communauté elle-même ? Est-il techniquement envisageable de toujours passer par des organisations bien acceptées un peu partout, comme la Croix-Rouge Haïtienne ? Personne ne s'est réellement penché sur ces questions, et à mesure que le temps passait, les haïtiens se sont habitués à la présence d'ONG et à leurs méthodes de fonctionnement. Aujourd'hui, les incidents de sécurité comme ceux vécus par les équipes de MSF à St-Marc ou d'AMI à Lamarque n'arrivent plus guère. Il n'empêche si, très tôt, ces questions avaient été posées, en partenariat avec les autorités haïtiennes comme le MSPP et la DSO, la réponse en aurait été améliorée.

Conclusion

À travers l'action de la Croix-Rouge Française, mais en évoquant aussi l'action d'autres ONG, notamment françaises, nous avons donc étudié comment s'est organisée la réponse à l'épidémie de Choléra face au contexte haïtien issu du séisme du 12 Janvier 2010. L'action de la Croix-Rouge Française nous a ainsi semblé pertinente de par sa multisectorialité. Le Choléra est un problème de santé publique qui se combat sur plusieurs fronts, comme nous l'avons montré, et une organisation pour répondre de manière pertinente se doit d'articuler plusieurs axes d'intervention. Il en va de même pour Haïti : le pays ne vaincra le Choléra que lorsque sa situation se sera améliorée dans sa globalité, c'est à dire dans les secteurs de la santé, de l'accès à l'eau et à l'hygiène bien sûr, mais aussi dans les secteurs du logement, des infrastructures, de l'éducation, de la sécurité alimentaire, etc.

Tous les analystes prédisent qu'après sa phase épidémique, le choléra va ainsi devenir endémique en Haïti, avec de régulières poussées lors de la saison des pluies. On a eu la confirmation de ces prévisions en 2011, avec une lente et régulière diminution du nombre de cas admis par semaine et aussi de la mortalité, avant une brusque remontée aux mois de mai-juin[38], concomitante des premières pluies. On note toutefois que s'il y a une nette recrudescence du nombre de cas signalés, l'augmentation du nombre de décès constatés est relativement modérée, preuve, s'il en fallait, que les structures de santé, et notamment les UTC et les CTC, sont utiles, et que l'aiguillage des malades vers ces structures fonctionne. Néanmoins, concernant le nombre de cas, il semble qu'on ne verra réellement de diminution qu'avec l'amélioration de la situation globale, à mesure que les Haïtiens seront mieux sensibilisés et protégés des risques sanitaires.

---

[38] Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Rapport de cas au 29 Août 2011*, Haïti. Rapport épidémiologique publié sur le site < http://www.mspp.gouv.ht/ > consulté le 10 Septembre 2011. Reproduit en partie en Annexe.

Mais aujourd'hui[39], le pays est toujours sans gouvernement, enlisé dans une crise politique qui oppose Michel Martelly, le Président de la République, au Parlement, autour de la nomination du Premier Ministre. Nous avons vu comment le pays a pu souffrir du manque de coordination et de leadership de la part des autorités, notamment sanitaires lors du déclenchement de la crise du Choléra. On avait alors parlé d'Haïti comme de la « République des ONG » où les organisations non gouvernementales pouvaient agir sans subir aucun contrôle, aucune coordination, mais aussi sans aucune directive claire. Aujourd'hui, la situation est encore pire alors que le pays est sans gouvernement : lorsqu'il n'y a pas de ministres et pas de cabinets, il n'y a personnes pour valider officiellement les lignes directrices, les normes, les protocoles de soin, personnes pour organiser l'exemption ou la non exemption de taxes sur le matériel humanitaire importé. Alors, des tonnes de matériel se trouvent bloquées en douane au port ou à l'aéroport de Port-au-Prince et les ONG sont amenées à travailler par elles-mêmes, en s'organisant entre elles. Cela ne pose pas de graves problèmes, à l'inverse, cela permet de la souplesse, mais au final, elles sont critiquées pour leur manque de collaboration avec un État en crise.

Autre acteur de l'humanitaire critiqué, les Nations-Unies. Le 23 Août 2011, sur le site de la revue mBio, journal de l'Association américaine de microbiologie, était publiée une étude génétique qui comparaît la souche de Choléra haïtienne à celle sévissant actuellement au Népal, pour finalement conclure qu'il s'agissait, à peu de choses près, de la même souche et donc établir l'origine népalaise du Choléra en Haïti, sans doute transporté par un contingent népalais de la force des Casques Bleus. L'enquête épidémiologique du Professeur Renaud Piarroux se voyait confirmée par la génétique. Dans une récente tribune publiée sur Lemonde.fr[40], il demandait l'ouverture d'une enquête judiciaire en bonne et due forme pour clairement établir les responsabilités, voire les culpabilités, dans l'introduction du *Vibrio Cholerae* en Haïti, les enquêtes et analyses scientifiques ne pouvant jouer ce rôle. Malheureusement, alors même que les modalités du renouvellement de la MINUSTAH

[39] Septembre 2011

[40] PIARROUX Renaud, FAUCHER Benoît, « Tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droits, même les Haïtiens ? », *Lemonde.fr*, 29 Août 2011.

sont en cours de discussion, une telle enquête n'est visiblement pas à l'ordre du jour. Chacun essaie de calmer les choses pour éviter à tout prix de monter la population haïtienne contre les casques bleus sensés les protéger. Mais, alors que la MINUSTAH est de plus en plus mal perçue[41], il nous semble, qu'au contraire de vouloir « noyer le poisson », il serait bon de faire établir la vérité par la Justice pour ainsi connaître officiellement les responsabilités dans l'introduction du Choléra, pour que la relation entre la population, la MINUSTAH et l'État Haïtien reparte sur des bases saines, le gouvernement et la population ayant de toute façon besoin de la MINUSTAH.

Pour revenir aux ONG, celles-ci n'ont pas uniquement été pointées du doigt pour leur manque de coordination, notamment avec les autorités haïtiennes. En effet, si l'on a pu accuser les ONG d'être refermées sur elles-mêmes à l'égard des autorités, il en a été de même à l'égard de la société civile haïtienne, et finalement, si les ONG sauvaient des vies et réhabilitaient des infrastructures, elles étaient accusées de ne pas participer au relèvement de la société haïtienne, et même, au contraire, de rendre Haïti encore plus dépendante. Ces critiques sont injustifiées pour ce qui concerne la phase d'urgence : lors d'une urgence humanitaire, les organisations « parent au plus pressé » pour rétablir le plus vite possible une situation viable à court-terme. Si les acteurs de l'humanitaire et notamment les ONG peuvent travailler avec la société civile, ce n'est habituellement qu'après, dans la phase de post-urgence, quand vient le temps de la réhabilitation pour que les communautés retrouvent leur autonomie. Mais en Haïti, la situation était plus complexe, car on commençait à peine à sortir de la phase d'urgence issue du séisme du 12 Janvier 2010 quand une nouvelle urgence est apparue avec l'épidémie de Choléra.

Pourtant, en Haïti, certaines ONG ont dû réinventer leurs méthodes de travail avec la société civile pour agir de concert avec elle dès la phase d'urgence du Choléra. Cela a été rendu possible par le fait, qu'avant même l'apparition du Choléra des projets de réhabilitation, en santé et en eau notamment, avaient débuté en collaboration avec des acteurs de la société, et que ces projets pouvaient tout à fait entrer dans le cadre de la lutte

[41] En septembre 2011, une affaire de viol perpétré par des casques bleus uruguayens éclatait en Haïti.

contre *Vibrio Cholerae* : nous l'avons vu avec la Croix-Rouge Française et sa collaboration avec les Centres de Santé, avec l'association GHESKIO ou avec la DINEPA. Et même plus spécifiquement concernant le choléra, les programmes d'Aide Médicale Internationale pour former les prêtres et prêtresses Vaudou volontaires peuvent aussi apparaître comme un partenariat avec la composante religieuse de la société civile. D'autres ONG ont agi de la même manière. Paradoxalement, si certaines ONG ont pu traiter l'Urgence du choléra en collaborant avec la société civile, c'est parce qu'elles agissaient déjà dans le contexte post-séisme, et que le Choléra constituait une « Urgence dans l'Urgence ».

Bibliographie

Action Contre la Faim, *Eau – Assainissement – Hygiène pour les populations à risques*, Paris, Hermann, 2005, 785p.

Croix-Rouge Française, *Projet de développement d'un système de réponse aux pics épidémiques de Choléra en Haïti*, Haïti, ECHO, 2011, 40p.

Croix-Rouge Française, *Rapport intermédiaire du projet d'amélioration des conditions de vie des populations sinistrées par le séisme du 12 Janvier 2010*, Haïti, ECHO, 2011, 103p.

Croix-Rouge Française, *Formulaire de demande de subvention, 10e Fonds Européen pour le Développement : Amélioration des conditions sanitaires et d'accès à l'eau des populations du Bas Artibonite*, Haïti, EuropeAid, 2010, 56p.

Croix-Rouge Française, *Proposition de Projet de réponse à l'Urgence Choléra en Haïti*, Haïti, ECHO, 2010, 75p.

Croix-Rouge Française, *Outil Méthodologique de prise en charge d'une épidémie de choléra par une Société Nationale Opératrice*, Paris, 2007, 20 p.

Dr Florence Capelle, *Médecins Sans Frontières : Réponses à quelques questions. Transmission, prévention et traitement du Choléra*, Haïti, Médecins Sans Frontière, 2010, 12p.

Dr. Alejando Cravioto, *Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti*, United Nations, 2011, 32p.

Dr. Pierre Perrin, *Guerre et Santé Publique : Manuel pour l'aide aux prises de décisions*, Comité International de la Croix-Rouge, Genève, 1995, 460p.

French Red Cross, *Response to the cholera outbreak in Haiti : Quarterly project report narrative*, Haiti, Croix-Rouge Française, 2011

Haitian Red Cross Psychological Support Programme, *Épidémie de Choléra : note sur les croyances, sentiments et perceptions de la communauté*, Haïti, Croix-Rouge Haïtienne, 2010, 6p.

Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP), *Plan Intérimaire du Secteur Santé*, Haïti, Mars 2010, 31p.

Pr. Renaud Piarroux, *Rapport de mission sur l'épidémie de Choléra en Haïti,* 2010, 9p.

Pierre Micheletti, Daniel Henrys, « Le "modèle humanitaire dominant" est mis en question en Haïti », *Lemonde.fr*, 2011

Annexes

1. Carte de la République d'Haïti.....59

2. MSPP, Rapport de cas au 29 Août 2011.....60

3. « Haïti, le Bien, le Mal... » par Lyonel Trouillot.....62

4. « Rapport de mission sur l'épidémie de Choléra en Haïti » par le Professeur Renaud Piarroux.....65

Table des Matières

Introduction 7

Partie I : Une nouvelle urgence dans un pays déjà affaibli 13

1. Présentation du Choléra et histoire de son apparition en Haïti 13
2. Le système de santé haïtien : avant et après le séisme. 18
3. L'accès à l'eau et à l'assainissement : des conditions favorables pour le Choléra 24

Partie II : La Réponse Humanitaire face au Contexte Haïtien 29

1. Une prise en charge assurée par les Organisations Non Gouvernementales 29
2. La relève du système de santé : une nécessité pour une action pérenne 37
3. L'amélioration de l'accès à l'eau potable et à l'hygiène, facteur clé dans la lutte contre le choléra. 42
4. Les résistances rencontrées au sein de la population et les conséquences sur l'action humanitaire. 47

Conclusion 52

Bibliographie 56

Annexes 58

Table des Matières 73