



HAL
open science

L'urgence de solutions durables dans le contexte de l'épidémie de choléra en Haïti : l'exemple de Solidarités International

Maud Trutta

► **To cite this version:**

Maud Trutta. L'urgence de solutions durables dans le contexte de l'épidémie de choléra en Haïti : l'exemple de Solidarités International. Science politique. 2014. dumas-01111452

HAL Id: dumas-01111452

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01111452>

Submitted on 30 Jan 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

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.

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Maud TRUTTA

« *L'urgence de solutions durables* » dans le contexte de l'épidémie
de choléra en Haïti – L'exemple de Solidarités International

Master 2 : Organisations Internationales
2013- 2014

Mémoire sous la direction du Dr. Pierre Micheletti

INSTITUT D'ETUDES POLITIQUES DE GRENOBLE

Maud TRUTTA

« *L'urgence de solutions durables* » dans le contexte de l'épidémie
de choléra en Haïti – L'exemple de Solidarités International

Master 2 : Organisations Internationales
2013- 2014

Mémoire sous la direction du Dr. Pierre Micheletti

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement le siège de Solidarités International et tout particulièrement l'équipe du Desk White qui m'ont accueilli et ont su m'accompagner tout au long de mon stage de fin d'études. Merci également aux expatriés de la mission Haïti qui ont accordé du temps et de l'intérêt à mon travail.

Un grand merci à Jean-Marc Leblanc pour sa patience, son encadrement et sa disponibilité.

Enfin, je remercie ma famille pour son indéfectible soutien.

SOMMAIRE

LISTE DES ACRONYMES.....	6
LEXIQUE.....	7
INTRODUCTION.....	8
PREMIERE PARTIE - « L'URGENCE DE SOLUTIONS DURABLES » FACE AU CHOLERA EN HAÏTI : L'URGENCE OUBLIEE	12
A. LE CHOLERA EN HAÏTI.....	12
1. <i>Etat des lieux de la situation sanitaire</i>	12
a. La situation sanitaire déplorable	12
b. ... que le séisme est venu exacerber.....	15
2. <i>Historique de l'épidémie</i>	16
a. L'épidémie de choléra : un choc dans une situation de crise.....	16
b. Une réponse humanitaire lente à se mettre en place.....	21
B. UNE REPOSE D'URGENCE AUX IMPACTS LIMITES.....	23
1. <i>Le modus operandi des ONG qui empêche de « penser dans l'urgence »</i>	23
a. Un mode opératoire qui souffre d'une coordination défailante.....	23
b. ...empêchant de « penser dans l'urgence ».....	25
c. Le principe du «Ne Pas Nuire » en question.....	28
2. <i>Des avancées, des défis</i>	30
a. Des progrès substantiels mais des risques persistants.....	30
b. Lutter contre le choléra : une prise de conscience du volet structurel.....	32
PARTIE 2 - POUR SOLIDARITES INTERNATIONAL, UNE NECESSITE D'INNOVER	35
A. INTERVENIR SUR UNE CRISE COMPLEXE EN MILIEU URBAIN	36
1. <i>Une vulnérabilité spécifique de la population</i>	36
a. Mettre fin à l'urgence dans les camps.....	36
b. ... et intervenir dans les quartiers.....	38
2. <i>Faire de la WaSH en contexte urbain de manière durable : quels enjeux ?</i>	40
a. Un enjeu technique.....	40
b. Un enjeu institutionnel.....	42
c. Un enjeu socioculturel.....	43
B. L'INNOVATION D'UN PROJET INTEGRE (QUI REpond A LA DOUBLE CRISE : SEISME + CHOLERA).....	44
1. <i>Un cheminement innovant</i>	45
a. La compréhension du changement de paradigme de l'urgence	45
b. Focus sur Christ-Roi : un quartier, des enjeux.....	47
2. <i>Un double défi pour SI</i>	49
a. Le défi des modalités d'actions et des actions à mener	49
b. Se maintenir dans son mandat.....	53
CONCLUSION.....	55
BIBLIOGRAPHIE	56
ANNEXE 1	58
ANNEXE 2 :	59

Liste des acronymes

DINEPA : Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement

EHA : Eau, Hygiène, Assainissement

EDM : Entrepreneurs Du Monde

EuropeAid : Direction générale européenne du développement et de la coopération

FAU : Fondation Architecte de l'Urgence

GRET : Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques

MINUSTAH : Mission des Nations Unies de Stabilisation en Haïti

MSP : Ministère de la Santé Publique et de la Population

MTPTC : Ministère des Travaux Publics, Transports et Communication

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OREPA : Offices régionaux de l'Eau Potable et de l'Assainissement

PNEC : Plan National d'Elimination du Choléra

RRC : Réduction des Risques liés aux Catastrophes

SI : Solidarités International

URD : Urgence, Réhabilitation, Développement

WaSH : *Water, Sanitation, Hygiene*

Lexique

Approche intégrée : Ce type d'approche vise, à travers la réponse apportée, à appréhender de manière simultanée les différentes vulnérabilités générées par la crise ainsi que les vulnérabilités structurelles préexistantes.

Assainissement : « Ensemble de mesures visant à améliorer la salubrité du milieu par collecte, évacuation et traitement des eaux usées (eaux noires, eaux grises) et des déchets solides ».¹

Choléra : « Infection diarrhéique aiguë provoquée par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae* ».²

Eaux usées : « Terme désignant toutes les eaux polluées par l'activité humaine. Cela comprend les eaux ménagères (ou eaux grises), les eaux vannes (ou eaux noires) ainsi que les eaux pluviales dans un contexte urbanisé ».³

Excrétas : « Ensemble constitué de l'urine et des fèces humains, ainsi que des matières solides utilisées pour l'hygiène intime (papier hygiénique, eau) ».⁴

Réduction des Risques liés aux Catastrophes : « Concept et pratique de la réduction des risques de catastrophe grâce à des efforts pour analyser et gérer leurs causes, notamment par une réduction de l'exposition aux risques, qui permet de réduire la vulnérabilité des personnes et de biens, la gestion rationnelle des terres et de l'environnement et l'amélioration de la préparation aux événements indésirables. »⁵. L'approche se compose de 3 pans majeurs : la préparation, l'atténuation et la prévention.

¹ Source : Solidarités International

² Source : Organisation Mondiale de la Santé.

³ *Op Cit 1.*

⁴ *Ibid.*

⁵ UNISDR, 2009.

INTRODUCTION

« *Quand le mal vient à l'improviste et saisit au dépourvu, il glace, atterre et frappe de stupeur ;* »⁶. Cette citation de M. Hellis témoigne du choc qu'a constitué l'épidémie de choléra dans le contexte français du XIX^{ème} siècle et évoque les difficiles réactions face à cette situation de crise. Deux siècles plus tard, les crises humanitaires modernes découlent tout autant de chocs face auxquels les acteurs de la réponse peuvent se trouver sidérés et dépourvus de moyens. Cela est d'autant plus vrai que les crises humanitaires contemporaines sont souvent qualifiées de complexes lorsque différents déterminants sont identifiables ou encore lorsque plusieurs chocs ont lieu de manière simultanée ou rapprochée.

L'objectif de ce mémoire est de montrer dans quelle mesure une crise humanitaire complexe conduit les ONG, urgentistes spécifiquement, à repenser leurs méthodes d'intervention et à se réinventer. Il tente de réinterroger la frontière traditionnelle entre les phases consécutives de l'intervention humanitaire d'Urgence, de Réhabilitation puis de Développement⁷. Il s'agit d'éclairer comment certaines crises imposent, conduisent ou encore appellent une transgression de cette frontière pour apporter une réponse d'urgence adaptée et transversale. En d'autres termes, ce travail interroge la notion de « réponse d'urgence », au sens traditionnel du terme, en la confrontant à une crise où ce type de réponse semble être un échec. C'est le cas particulièrement du choc relatif à l'épidémie de choléra en Haïti, intervenu dans un contexte de crise conjoncturelle, due au séisme, et structurelle. Il s'agit de penser « l'urgence de solutions durables »⁸.

L'analyse des réponses apportées à l'épidémie de choléra qui sévit en Haïti depuis Octobre 2010 constituera l'illustration de notre propos. En effet, Haïti fait face à différents défis structurels, tels que la pauvreté, sa situation géographique en pleine zone cyclonique ou encore l'insécurité, ainsi qu'à des problèmes humanitaires directement issus du séisme du 12 janvier 2010 et aux crises diverses qui ont suivi (choléra, tempêtes et ouragans). L'ensemble de ces problématiques humanitaires aurait pu faire l'objet d'une étude. Toutefois, ce mémoire se concentrera uniquement sur la

⁶ *Souvenir du choléra en 1832*, M. HELLIS, Mai 1833.

⁷ Urgence, Réhabilitation et Développement : URD.

⁸ Formule empruntée, tout au long de ce travail, au Département Technique et Qualité des Programmes de Solidarités International.

lutte contre l'épidémie de choléra par les activités du secteur Eau, Hygiène et Assainissement⁹, ainsi que sur les enjeux que celle-ci soulève quant à la réponse apportée.

Ce focus sur le secteur EHA se justifie dans la mesure où la lutte contre le choléra doit se composer d'un volet sanitaire, axé sur le traitement des personnes malades, mais également d'un volet EHA. En effet, « *le choléra est une infection diarrhéique aiguë provoquée par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par le bacille *Vibrio cholerae*.* »¹⁰ Or, les réservoirs principaux de ce bacille étant l'être humain lui-même et les milieux aquatiques, l'assainissement des eaux usées, l'approvisionnement en eaux sûres ainsi que le traitement des excréta sont essentiels à la lutte contre le choléra.

En lien avec l'Objectif 7 « *Préserver l'environnement* » des *Objectifs du Millénaire pour le Développement*, l'amélioration du secteur de l'eau et de l'assainissement est une préoccupation mondiale. Il s'agissait de « *réduire de moitié, d'ici à 2015, le pourcentage de la population qui n'a pas accès à un approvisionnement en eau potable ni à des services d'assainissement de base* »¹¹. Or, en Haïti, l'amélioration de l'approvisionnement en eau en quantité et qualité suffisante, de l'accès à des solutions d'assainissement de qualité ainsi que des pratiques d'hygiène constituent des défis majeurs de longue date que l'épidémie de choléra a fait devenir primordiale.

Cet angle d'approche est d'autant plus intéressant si l'on considère l'exemple de Solidarités International (SI), ONG urgentiste travaillant dans le secteur de l'EHA et de la sécurité alimentaire. SI a très vite repensé son mode d'intervention en Haïti après le séisme de 2010 et l'apparition du choléra dans le pays au travers notamment un programme intégré de reconstruction et réhabilitation d'un quartier¹² (Christ Roi). La question que pose ce mémoire porte sur cette réflexion du changement de mode opératoire et s'illustrera à travers l'exemple de SI et de son expertise EHA.

L'intérêt d'un tel travail s'articule autour de la formule : « urgence de solutions durables ». Après diverses discussions avec des experts techniques, des expatriés ayant conçu et/ou travaillé sur le projet ou encore avec des salariés du siège de SI, cette notion

⁹ Eau, Hygiène, Assainissement : EHA.

¹⁰ Définition : Organisation Mondiale de la Santé.

¹¹ Source : <http://www.un.org/fr/millenniumgoals>

¹² Par souci de fluidité, nous appellerons ce projet par le nom du quartier d'intervention : le projet Christ Roi.

semble tout à fait refléter la réalité haïtienne quant à la lutte contre le choléra. Cette réalité n'est pas toujours facile à concevoir, à accepter et à mettre en œuvre pour une ONG dite urgentiste. Si pour certains l'impact du projet Christ-Roi sur la réduction du taux d'incidence du choléra est évident, celui-ci n'est ni mentionné dans les objectifs du programme, ni dans ses résultats. Ainsi, ce mémoire tentera de rappeler et de mettre en lumière, à travers un regard « semi extérieur » qui serait le nôtre, comment le projet Christ-Roi, et notamment les activités de son volet assainissement, a su répondre à cette « urgence de solutions durables » en s'inscrivant pourtant dans une réponse d'urgence à l'épidémie de choléra.

Partant, il importe désormais de définir les différents termes centraux à ce travail. Tout d'abord, il est nécessaire de ne pas confondre le terme « urgence » de la formule principale de notre objet d'étude, « l'urgence de solutions durables », utilisé comme une contrainte temporelle à la nécessité d'apporter des solutions durables pour lutter contre le choléra, avec la notion d'urgence ou de réponse d'urgence définissant respectivement une phase de l'intervention humanitaire résultant d'une catastrophe (sanitaire, alimentaire, environnementale, etc.) ou d'un conflit et une stratégie d'intervention.

Il importe également de préciser que nous considérons l'épidémie de choléra en Haïti comme une urgence, en termes d'intervention humanitaire, étant donné son taux d'incidence dans le pays. En effet, au 31 mai 2014 et depuis octobre 2010, près de 703.000 cas suspects ont été relevés et environ 8 500 décès ont été signalés¹³. Si de janvier à mai 2014, une réduction de 74% du nombre de nouveaux cas de choléra par rapport à la même période en 2013 a été enregistrée, il est intéressant d'analyser les moyens mis en œuvre pour endiguer cette épidémie.

Notre démonstration s'articulera autour d'une problématique centrale cherchant à mettre en lumière dans quelle mesure la stratégie opérationnelle consistant à déployer des solutions durables répond à une situation d'urgence. Deux hypothèses, découlant l'une de l'autre, guideront notre réflexion tout au long de ce travail. Ainsi, au démarrage de cette étude nous supposons que, dans le contexte de l'épidémie de choléra, intervenir sur urgence humanitaire uniquement par des mécanismes à court terme a un impact limité sur l'atteinte des objectifs visés. Ainsi, nous supposons également que la lutte

¹³ Source : OCHA

contre le choléra a un volet structurel. Il conviendra donc de vérifier, ou d'invalider, nos hypothèses de travail au cours de notre démonstration.

Dans la perspective de répondre à ce questionnement, notre démarche méthodologique s'est articulée autour de trois axes majeurs. Une étape d'immersion professionnelle au sein de SI nous a permis de cibler notre sujet autour du projet Christ-Roi comme point d'accroche, ainsi que les enjeux qui en découlent. Une étape théorique centrée sur la recherche de littérature, en lien avec notre objet d'étude, fut primordiale quant à l'articulation logique de la démonstration, son chiffrage et son ancrage dans une réalité scientifique. Enfin, une étape plus opérationnelle consacrée à divers entretiens avec le personnel expatrié de SI ayant travaillé ou travaillant actuellement au sein de la mission Haïti sur le projet Christ-Roi, a rendu possible notre étude de cas. Néanmoins, il importe de spécifier ici que notre propos ne reflète pas le positionnement exact de SI. Bien que l'organisation constitue une partie de notre objet d'étude, nous ambitionnons à apporter un regard « semi-extérieur » qui n'a pas vocation à retranscrire de manière exhaustive le positionnement de SI.

La démonstration est organisée autour de deux chapitres. Le premier propose une caractérisation de « l'urgence de solutions durables » dans le contexte du choléra en Haïti comme une urgence oubliée. Il s'attachera à la question du choléra en Haïti et à la situation sanitaire du pays, l'enjeu étant de relever les déterminants de la propagation de l'épidémie, ainsi qu'aux réponses apportées et à leurs impacts. Le second chapitre sera lui consacré à la proposition de SI et à la nécessaire innovation imposée par le contexte haïtien avec un focus sur l'intervention EHA en milieu urbain et tous les enjeux qui lui sont relatifs.

Première partie - « L'urgence de solutions durables » face au choléra en Haïti : l'urgence oubliée

Comprendre la mesure du choc qu'a représenté l'épidémie de choléra dans la situation de crise humanitaire structurelle et conjoncturelle haïtienne : tel est l'enjeu de cette première partie. Il s'agit également de cerner cette caractérisation de l'urgence oubliée quant à la nécessité de solutions durables face au choléra en étudiant les mécanismes d'intervention à court terme de façon globale, leurs impacts et leurs limites.

A. Le choléra en Haïti

Maladie inconnue dans un pays frappé par une crise humanitaire de grande envergure, il importe de saisir l'ampleur de ce choc en analysant la situation sanitaire d'Haïti ainsi que l'évolution de l'épidémie de choléra. L'enjeu est de comprendre les déterminants de la propagation fulgurante de cette épidémie pour mieux appréhender, ultérieurement, les limites des réponses d'urgence apportées.

1. Etat des lieux de la situation sanitaire

a. La situation sanitaire déplorable ...

L'accès sécurisé à l'eau potable et à un assainissement de qualité est un défi de longue date et structurel en Haïti. Les différentes interventions militaires et les actions multilatérales s'attachent depuis le début du XX^{ème} siècle à relever ces défis au gré des instabilités politiques du pays. Malgré plusieurs initiatives dans la première partie du siècle, notamment lors de l'occupation par les Etats-Unis¹⁴, autour de projets visant les infrastructures sanitaires, l'afflux de l'assistance technique internationale, l'aide de la Banque Inter-Américaine de Développement¹⁵ au travers de prêts, le secteur demeure en retard par rapport au développement des autres pays dans la région et de grands écarts existent entre les zones métropolitaines et rurales. Si la création de la Centrale

¹⁴ 1915-1934

¹⁵ Banque Inter-Américaine de Développement : BID

Autonome Métropolitaine d'Eau Potable¹⁶ en 1964, en charge des services d'eau dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince, a constitué une étape importante dans la responsabilisation du gouvernement Haïtien dans le secteur, ce n'est qu'en 1977 que le gouvernement créa le Service National d'Eau Potable¹⁷ s'étendant au delà de Port-au-Prince. Toutefois, l'ensemble de ces efforts nationaux, soutenus par l'aide internationale, pour améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement s'est trouvé confronté au climat politique complexe du milieu des années 1970. Par exemple, lors de la présidence de Jean-Claude Duvalier¹⁸, dit « Baby Doc », les *tontons macoutes*, qui constituaient la milice paramilitaire du gouvernement, contrôlaient l'accès à l'eau dans certaines zones du pays. Prétextant maintenir l'ordre aux différents points d'eau, ils taxaient leurs services de manière illégale auprès de la population. Pourtant, en 1986, Haïti fait partie des trois principaux bénéficiaires de la zone régionale concernant les prêts alloués par la BID pour l'approvisionnement en eau et la gestion des eaux usées. Il semble donc qu'à cette époque le secteur ait fonctionné à deux vitesses. Les efforts d'amélioration ont été entravés, voire réduits presque à néant, par une gestion gouvernementale informelle.

La transition démocratique à la suite du départ de Jean-Claude Duvalier a permis de replacer les problématiques liées à l'eau et l'assainissement dans les priorités du pays. Toutefois, le climat politique de cette période extrêmement tendue a entraîné la fuite vers l'étranger des personnes qualifiées dans ce domaine mais également une baisse significative de l'aide internationale. Ce n'est qu'au milieu des années 2000 que l'assistance étrangère a recommencé à croître. En conséquence de ces années troubles, Haïti est l'unique pays parmi 161 avec des données sanitaires valables, dont la proportion de la population ayant un accès à une solution sanitaire améliorée a baissé entre 1995 et 2010 pour d'autres raisons que la décroissance de la population. Ainsi en 2008, le taux d'accès à l'assainissement estimé par l'OMS¹⁹ et l'UNICEF²⁰ était de 29% en milieu urbain et de 12% en milieu rural. ECHO²¹ estime également qu'en 2009, seulement 58% de la population a accès à l'eau potable et moins de 30% au sein même

¹⁶ Centrale Autonome Métropolitaine d'Eau Potable : CAMEP

¹⁷ Service National d'Eau Potable : SNEP

¹⁸ Présidence de Jean-Claude Duvalier : 1971-1986.

¹⁹ Organisation Mondiale de la Santé : OMS.

²⁰ Fond des Nations Unies pour l'Enfance : UNICEF.

²¹ *European Commission Humanitarian Office.*

de la capitale. Pour comparaison, en République Dominicaine²² à la veille du séisme, 86% de la population avait accès à l'eau potable et 83% à des solutions d'assainissement sûres.

Dans la ville de Port-au-Prince qui nous intéressera particulièrement pour ce travail, la CAMEP s'est vite trouvée sous-dimensionnée face à l'augmentation de la population dans la ville qui est passée de 300 000 habitants à 2 300 000²³ en quelques décennies. Son mode de fonctionnement ainsi que ses infrastructures sont devenus vétustes et manquaient d'entretien. Concernant l'accès à l'eau potable, le secteur privé s'est développé à Port-au-Prince pour combler ces manques. Par exemple, les quartiers de la ville non desservis par le réseau de la centrale étaient approvisionnés en eau par des transporteurs privés grâce à des camions-citernes. Ce développement du secteur privé s'est fait en l'absence de contrôle, faute de moyens, et est loin de pallier aux défaillances de couverture du réseau métropolitain de la centrale.

Par ailleurs, moins de 50% des habitants de Port-au-Prince en 2009 avaient accès à des toilettes. Concernant la gestion et la vidange des toilettes, les ménages ont recours aux *bayakous*, littéralement vidangeurs traditionnels, lorsqu'ils avaient les moyens pour ce service. Les *bayakous* sont une population stigmatisée et travaillent, de fait, la nuit. Loin de résoudre le problème, ils déversent les vidanges plus loin dans les rues ou ravines.

Enfin, la gestion des déchets solides consiste également à déplacer les ordures d'un endroit à un autre, ravines ou dépotoirs. Seulement une petite partie des déchets est vidée à la décharge de Truitier, en marge de la ville. Cette décharge représente aussi un risque sanitaire majeur car elle sert également d'exutoire aux boues de vidange.

C'est dans ce contexte sanitaire très précaire qu'une réforme de l'organisation du secteur de l'eau et de l'assainissement a été enclenchée en 2009 en Haïti. Cette réforme a été adoptée à l'unanimité par le Parlement. L'idée était alors de générer un nouvel attrait pour le secteur et d'être la première étape aux investissements ainsi qu'aux plans de développement. La réforme a permis la création, en juillet 2009, d'un organe régulateur : la DINEPA²⁴, qui dépend du MTPTC²⁵ pour exécuter la mise en place de la politique de l'Etat en matière d'eau potable et d'assainissement en Haïti. Son mandat s'articule autour de la mise en œuvre des investissements, du développement des réseaux, de la

²² La République Dominicaine est située à l'Est d'Haïti sur l'île Hispaniola.

²³ 2 300 000 habitants dans les années 2000.

²⁴ Direction Nationale de l'Eau Potable et de l'Assainissement : DINEPA.

²⁵ Ministère des Travaux Publics, Transports et Communication : MTPTC.

régulation du secteur et du contrôle des acteurs. Les fonctionnements de la CAMEP et de la SNEP sont intégrés à la DINEPA. Cette initiative du gouvernement a été soutenue notamment par la BID et l'Agence Espagnole pour la Coopération du Développement International à hauteur de 300 millions US dollars pour mettre en place un plan d'action sur trois ans²⁶. Bien que ce plan ait été alors insuffisant pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement, il a représenté un progrès conséquent dans le domaine. En 2009, la création de la DINEPA a donc constitué une avancée significative pour le secteur après une décennie de troubles.

b. ... que le séisme est venu exacerber.

Le 12 janvier 2010, à 16h53 heure locale, une partie du pays a été dévastée par un tremblement de terre de magnitude 7 à 7.3 sur l'échelle de Richter. Près de 220 000 personnes sont mortes dans cette catastrophe et 300 000 autres ont été blessées. L'épicentre du séisme étant situé à 25 km de Port-au-Prince, la capitale a été transformée en champ de ruines ainsi que d'autres villes comme Jacmel, Léogane ou encore Petit-Goâve.

Cette catastrophe est venue frapper un pays souffrant déjà de problèmes structurels dans les secteurs de l'eau, l'hygiène et l'assainissement. La situation s'est trouvée aggravée par le séisme, tant dans des zones qui ont été directement touchées, et particulièrement Port-au-Prince, que dans celles qui ont accueilli des déplacés. En effet, si les destructions ont été massives dans le domaine du bâti, le séisme a également eu un impact fort dans le secteur de l'assainissement, en détruisant notamment des kilomètres de canalisation et des mètres cubes de capacité de stockage d'eau dans les différents quartiers. Le séisme a entraîné le déplacement de plus de 1,5 million de personnes dans 1 555 camps répertoriés, les privant notamment de toilettes et d'eau potable. 600 000 personnes²⁷ se sont, quant à elles, réfugiées dans des familles d'accueil. La promiscuité dans les camps de déplacés a rendu la population très vulnérable aux risques sanitaires.

Bien que la toute jeune DINEPA ait été durement touchée par la catastrophe, tant en termes de pertes de biens, équipements, archives, etc., qu'en termes de pertes

²⁶ 2009-2011

²⁷ Source: OCHA

humaines, elle a tout de même pris la tête du groupe sectoriel WaSH²⁸. Ce dernier est en charge de l'harmonisation dans l'ensemble du pays des activités eau, hygiène et assainissement en réponse au tremblement de terre. Toutefois, il semble clair qu'un changement de paradigme ait été opéré pour le nouvel organe : d'un plan d'actions à moyen et long terme à une réponse d'urgence pour une crise humanitaire majeure. Cette tâche s'est avérée d'autant plus difficile que le séisme a généré un émoi général dans l'opinion publique internationale et par là même l'afflux massif de fonds, d'organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales ainsi que le renforcement de la Mission des Nations Unies de Stabilisation en Haïti (MINUSTAH). Dans un premier temps il a donc fallu approvisionner les déplacés en eau dans les camps et installer ou réhabiliter des latrines. Plus de 100 ONG étaient alors identifiées comme travaillant dans le secteur de la WaSH auxquelles il faut additionner des groupements de croyants opérants à très petite échelle. La coordination de l'ensemble de ces acteurs a donc posé problème et ceci a perduré dans le temps, comme nous le verrons ultérieurement.

C'est dans ce climat de crise humanitaire sans précédent qu'est survenu un nouveau choc : l'épidémie de choléra.

2. Historique de l'épidémie

a. *L'épidémie de choléra : un choc dans une situation de crise*

Le 21 octobre 2010, seulement quelques mois après cette catastrophe et alors même qu'aucun cas n'avait été recensé depuis près d'un siècle, un premier cas de choléra a été enregistré dans le département de l'Artibonite, au Nord de Port-au-Prince, dans le village de Meille. La multiplication des cas a ensuite été rapide le long de la rivière Artibonite et sur le plateau central. Le passage du cyclone Tomas, les 5 et 6 novembre 2010, a amplifié la situation en répandant les eaux contaminées dans d'autres régions jusqu'à ce que, le 19 novembre, la veille épidémiologique fasse état de la présence de cas de choléra dans les 10 départements haïtiens, la capitale Port-au-Prince ainsi qu'en République Dominicaine.

²⁸ *Water Sanitation and Hygiene*. Nous utiliserons indistinctement les acronymes WaSH et EHA (Eau, Hygiène, Assainissement).

Cette infection intestinale aiguë causée par l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés a progressé très rapidement. En trois jours, 4.470 cas et 195 décès ont été répertoriés dans 21 communes. D'octobre 2010 au 31 décembre 2013, le MSPP²⁹ a rapporté 700.000 cas de choléra dans le pays et 8.531 décès. C'est une nouvelle catastrophe dont le nombre de cas a rapidement dépassé le nombre de blessés par le séisme.

Alors que les spécialistes de la santé avaient alarmés sur les dangers des maladies hydriques au lendemain du tremblement de terre, le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies, basé à Atlanta³⁰, affirmaient qu'il était improbable qu'une épidémie de choléra se déclenche en Haïti parce que le vibrion cholérique n'avait jusque-là jamais atteint l'île Hispaniola et que la plupart des partenaires étrangers de l'aide humanitaire étaient issus de régions où le choléra ne sévissait pas. L'arrivée de la maladie a donc été une « surprise » d'autant plus inattendue que les premiers cas n'ont pas été déclarés près d'une zone portuaire ou dans un camp de déplacés mais le long d'un fleuve, zone qui n'avait pas été affectée par le séisme. Les experts spécifiaient pourtant que si le choléra venait à être introduit en Haïti, l'état actuel des infrastructures relatives à l'eau, l'hygiène et l'assainissement faciliterait fortement sa transmission. La propagation fulgurante de l'épidémie de choléra a montré combien le manque d'assainissement et d'hygiène a pu être un vecteur majeur de maladies graves, particulièrement du choléra. Cette maladie peut être facilement évitée par des gestes simples, tels que le lavage des mains ou encore la consommation d'une eau purifiée et d'aliments cuits. Cette épidémie est donc venue cristalliser l'urgence de considérer ce secteur comme un enjeu de santé publique de premier ordre.

Rapidement après la déclaration du premier cas de choléra, un dispositif de veille épidémiologique et de prévention a été mis en place par le MSPP, en charge de la gestion de l'épidémie, et le Centre de Contrôle et de Prévention des Maladies. Parallèlement, des investigations sur les caractères biologiques et génétiques de la flambée épidémique en Haïti ont démontré que la souche *V. cholerae* identifiée en Haïti différait des souches

²⁹ Ministère haïtien de Santé Publique et de la Population : MSPP.

³⁰ *Water, Sanitation and Hygiene in Haiti: Past, Present, and Future*. Richard Gelting, Katherine Bliss, Molly Patrick, Gabriella Lockhart, and Thomas Handzel - National Center for Environmental Health, and Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; Center for Strategic and International Studies, Washington, District of Columbia. 2013

responsables des épisodes de choléra en Amérique du Sud³¹. Les spécialistes ont identifié la souche présente en Haïti comme appartenant au « sérogroup O1, sérotype Ogawa, Biotype El Tor ». Cette dernière est une variante existant en Asie du Sud et n'a jamais été signalée à proximité d'Haïti. L'épidémie de choléra en Haïti semble donc avoir été causée par l'introduction d'une souche provenant d'une zone géographique éloignée. Ban Ki Moon, Secrétaire Général de l'ONU, a alors mandaté le 7 janvier 2011 un groupe de quatre experts indépendants afin d'identifier l'origine de l'épidémie. Le rapport d'enquête³² a conclu à une contamination humaine de la rivière Meille, un affluent du fleuve Artibonite. Mentionnons ici que le village de Meille se situe à 150 mètres en aval du camp de la MINUSTAH où était présent un contingent népalais. L'étude du Dr français Renaud Piarroux, spécialiste du choléra, met en lumière cette corrélation dans son rapport épidémiologique de terrain de 2011³³ : *"Notre étude épidémiologique fournit plusieurs arguments supplémentaires confirmant une importation du choléra en Haïti. Il y avait une corrélation dans le temps et les lieux entre l'arrivée de soldats népalais (le Népal étant, après le Brésil et l'Uruguay, le plus grand contributeur à la Minustah), provenant d'une zone qui connaissait une épidémie de choléra et la manifestation des premiers cas à Meille quelques jours après. Étant donné l'éloignement de Meille, dans le centre d'Haïti et l'absence d'autres nouveaux arrivants, il est peu probable qu'une souche de choléra soit introduite d'une autre façon. Des empreintes génétiques des isolats de V. cholerae en Haïti et le génotypage corroborent nos résultats (en suggérant l') introduction d'une source éloignée en un seul événement."* En outre, d'autres enquêtes ont conduit à la constatation selon laquelle le village de Meille drainait les égouts du camp de la MINUSTAH. Ces conclusions viennent accuser les Nations Unies et ont conduit la population haïtienne à remettre en cause la légitimité de la présence onusienne dans le pays. Nous reviendrons sur ce point ultérieurement car avant, il importe de montrer que, bien que le choléra semble très probablement avoir été importé par des agents extérieurs, le rapport du groupe d'experts mandatés par l'ONU met également en lumière les différents facteurs

³¹ Notamment au Pérou, Colombie et Equateur.

³² *Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti*. Dr. Alejandro Cravioto, Dr. Claudio F. Lanata, Engr. Daniele S. Lantagne, Dr. G. Balakrish Nair. Mai 2011.

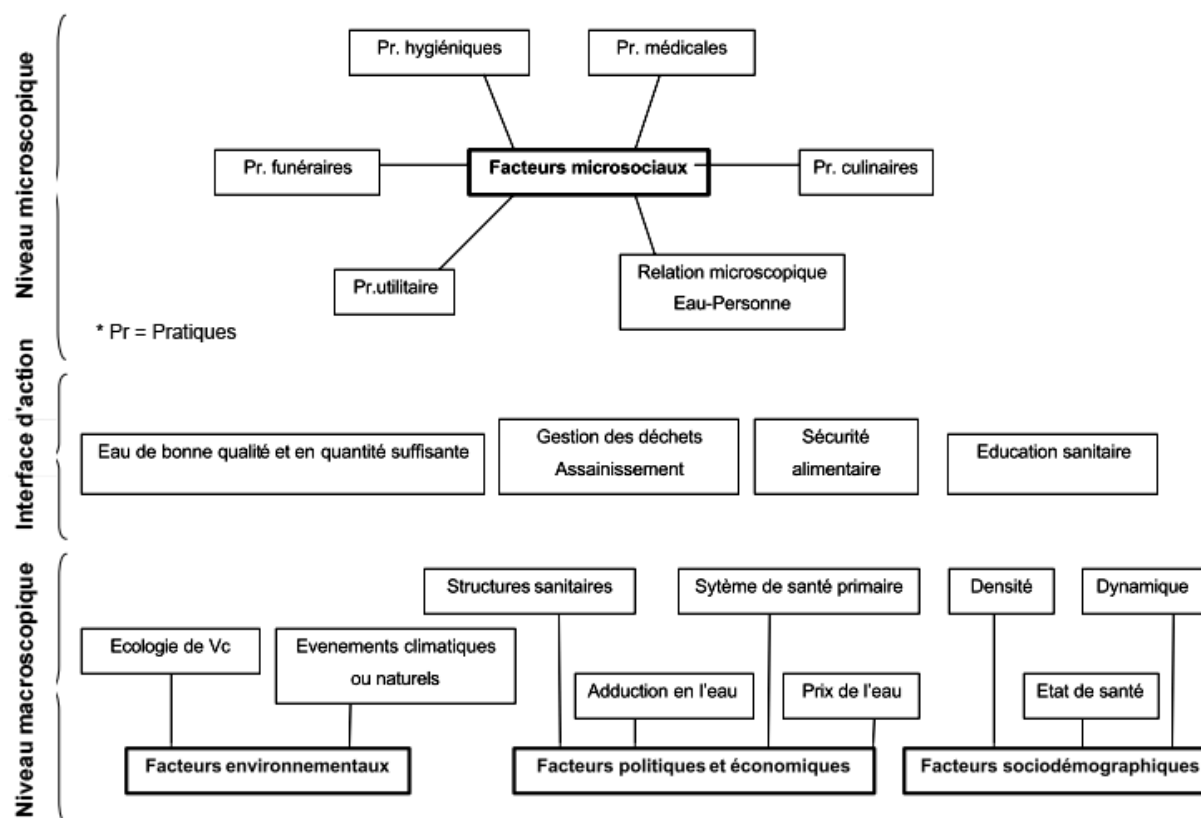
³³ *Understanding the cholera epidemic, Haiti*, R. Piarroux, R. Barraï, B. Faucher, M. Piarroux, J. Gaudart, R. Magloire, D. Raoult. Juillet 2011.

ayant favorisé cette propagation fulgurante de l'épidémie. En effet, plusieurs déterminants inhérents à la situation structurelle d'Haïti dans le secteur de l'EHA, fortement dégradée par le séisme, viennent expliquer la propagation explosive de l'épidémie de choléra dans le pays. Les experts mentionnent notamment une vulnérabilité extrême de la population au choléra due aux habitudes d'utilisation de la rivière pour la lessive, la toilette, l'approvisionnement en eau, à l'exposition régulière des travailleurs agricoles à l'irrigation en eau provenant de la rivière Artibonite, au gradient de salinité du delta de l'Artibonite. Ceci constitue les conditions environnementales optimales pour la prolifération rapide du *vibron cholerae*. Ils mettent également en avant les conditions sanitaires et d'accès à l'eau en Haïti comme une vulnérabilité particulière de la population au choléra ainsi que le type même du *vibron cholerae* d'Asie du Sud qui provoque des diarrhées plus sévères à cause d'une production de toxines cholériques classiques plus puissantes. Enfin, ils évoquent les conditions dans lesquelles les patients atteints de choléra ont été pris en charge au début de l'épidémie dans les infrastructures de soins ; ces conditions n'empêchaient pas la propagation de la maladie aux autres patients et aux personnels soignants. Plus généralement, les experts mentionnent dans leur rapport final la vulnérabilité de la population au choléra alors même que le pays, sa population et les organisations internationales sont en pleine réponse à une urgence : le séisme. L'épidémie de choléra est donc bien intervenue comme un choc dans une situation de crise humanitaire où l'ensemble des déterminants, tant au niveau microscopique que macroscopique, a favorisé la propagation de l'épidémie introduite par une source extérieure.

Le schéma ci-dessous³⁴ illustre bien comment ces déterminants interagissent pour favoriser l'émergence et, dans le cas d'Haïti, la propagation d'une épidémie de choléra. Nous utiliserons ici les termes déterminants et facteurs sans distinction.

³⁴ *Epidémie de choléra en Afrique : analyse d'une étiologie multifactorielle, mémoire de l'ENSP* – T. Jenny, 2004.

Déterminants macroscopiques et microscopiques d'une épidémie de choléra



Source : T. Janny - Epidémies de choléra en Afrique : analyse d'une étiologie multifactorielle, mémoire de l'Ensp, 2004, www2.ensp.fr

A la lumière des éléments susmentionnés, il est aisé d'identifier les facteurs environnementaux, politiques et économiques ainsi que les facteurs sociodémographiques complexes ayant interagis avec des facteurs microsociaux défailants inhérents à la société haïtienne, tels que des pratiques hygiéniques, médicales, culinaires, utilitaires³⁵, ou encore la relation eau-personne³⁶. Ces différents déterminants ne sont pas à prendre indépendamment les uns des autres mais bien conjointement au sens où les déterminants macroscopiques constituent le lit de l'épidémie et les facteurs microsociaux cristallisent les déterminants globaux pour devenir un ensemble déclenchant une épidémie. Un facteur peut alors devenir, dans un contexte précis, le facteur de rupture d'un équilibre déjà fragile. C'est l'approche systémique d'une épidémie de choléra. Il apparaît dans cette approche que l'accès à une eau de qualité et en quantité suffisante ainsi que l'accès à l'assainissement soient un des

³⁵ Pratiques utilitaires : outils ou récipients utilisés pour différentes tâches pouvant être responsable de l'émergence du choléra dans une communauté.

³⁶ Cette relation est à prendre au cas par cas et constitue l'interface entre les facteurs microsociaux et environnementaux.

points communs majeurs de l'ensemble de ces déterminants favorisant l'émergence et la propagation d'une épidémie de choléra. En ce sens, l'ancrage de ce travail sur le secteur de l'EHA nous semble pertinent car s'il est défaillant, il peut être un vecteur de propagation de l'épidémie mais, a contrario, intervenir dans le domaine paraît également être un levier dans la lutte contre le choléra.

b. Une réponse humanitaire lente à se mettre en place

Comme évoqué précédemment, les investigations épidémiologiques ayant fait suite au déclenchement de l'épidémie de choléra en Haïti ont inculpé le contingent népalais de la MINUSTAH comme responsable de l'introduction de la maladie dans le pays. Cette déclaration a lancé un profond discrédit de l'ONU au sein de la population haïtienne, étant allé jusqu'à une plainte déposée par des avocats des victimes du choléra ; cette plainte visait principalement l'ONU, son secrétaire général ainsi que la MINUSTAH. Ce discrédit a affecté par extension les ONG car, dans l'imaginaire local, la distinction entre l'ONU et les ONG n'est pas forcément faite. Aussi, l'ensemble de l'action humanitaire a été entaché d'aspects négatifs.

Les premières réactions face à cette accusation ont été des tentatives de mettre à mal la possibilité selon laquelle les Nations Unies seraient coupables et de sous-estimer la sévérité de la crise. Ainsi, mi-novembre 2010, l'OMS estimait à 200.000 le nombre de cas potentiels de choléra dans les 6 à 12 mois à venir. Plus tard, l'organisation révisa ses chiffres à la hausse pour estimer à 400.000 personnes potentiellement atteintes dans le « pire scénario ». Or, neuf mois plus tard, le nombre d'haïtiens touchés par le choléra avait dépassé les 400.000 personnes et continuait d'augmenter. Cette sous-estimation de l'épidémie par l'OMS a été néfaste pour deux raisons principales. Tout d'abord, les fonds mobilisés pour le choléra ont été trop faibles étant donné qu'ils étaient proportionnés aux 200.000 cas potentiels. De plus, les premières réactions ont été trop lentes et cela s'illustre par les chiffres. En effet, selon l'OMS, avec un traitement adéquat, le taux de létalité³⁷ devrait rester au dessous de 1%. Or, dans les premières semaines de

³⁷ Le taux de létalité se définit comme la proportion de décès liés à une maladie spécifique par rapport au nombre total de personnes atteintes par la maladie concernée. Il traduit l'agressivité d'une maladie.

l'épidémie, le taux de létalité avait atteint près de 7% dans les zones du pays les plus affectées.

Par ailleurs, en janvier 2011, les Nations Unies ont déclaré que le choléra en Haïti était sur une tendance décroissante et que l'épidémie avait été stabilisée dans l'ensemble des 10 départements du pays, affirmant ainsi une réduction de taux de létalité à 2% environ. Beaucoup d'acteurs de santé ont donc commencé à réduire le volume de leur réponse. Or, la majeure partie de cette stabilisation était due à la saison sèche. Une étude publiée dans le journal médical *The Lancet*, en mars 2011, notait justement que la baisse du taux de prévalence³⁸ du choléra au début de l'année 2011 était partie intégrante de l'évolution d'une épidémie et ne devait pas être interprétée comme un indicateur du succès d'une intervention. Toutefois, les financements pour la lutte contre le choléra et la préparation pour la saison des pluies ont commencé à diminuer.

Les efforts dans la lutte contre le choléra ont également été sévèrement minés et ralentis par les élections présidentielles en novembre 2010 qui ont lieu lors du pic du taux d'incidence³⁹ et de mortalité⁴⁰ du choléra. Or, ce sont les élections qui ont été privilégiées, notamment au niveau des financements au détriment de la lutte contre le choléra. Par ailleurs, les élections ont également eu l'effet néfaste et non intentionnel de rassembler un grand nombre de personnes alors même qu'une épidémie violente se propageait dans le pays.

Il apparaît donc bien que l'épidémie de choléra soit survenue dans un pays en état de choc suite au séisme du 12 janvier 2010. Si Haïti est un pays qui a des défaillances structurelles quant au secteur de l'EHA, le séisme est venu mettre à mal les premiers efforts entrepris et détruire le peu d'infrastructures existantes. Dans ce contexte, l'épidémie de choléra a souligné de façon dramatique ces défaillances. L'amélioration de l'accès de la population à des services adaptés d'eau et d'assainissement, l'amélioration de la qualité de l'eau de boisson et l'amélioration des pratiques d'hygiène constituent les défis majeurs pour endiguer la propagation du choléra. En ce sens, il est désormais

³⁸ Dans la population générale, le taux de prévalence représente la fraction de la population affectée par la maladie. C'est une photographie en % à un instant t.

³⁹ Le taux d'incidence représente le flux de nouvelles personnes affectées par la maladie.

⁴⁰ Le taux de mortalité représente le taux de personnes décédées suite à la maladie concernée.

essentiel de s'intéresser aux mécanismes d'urgence mis en place en réponse à l'épidémie de choléra par les organisations internationales gouvernementales et non gouvernementales et d'analyser leurs impacts.

B. Une réponse d'urgence aux impacts limités

La réponse humanitaire a été lente à se mettre en place suite à la déclaration des premiers cas de choléra, étant donné la surprise qu'a représenté cette nouvelle catastrophe à laquelle les acteurs ne s'étaient pas préparés et le discrédit jeté sur l'ONU. Il importe donc d'étudier les mécanismes d'urgence mis en œuvre par les acteurs en présence ainsi que les avancées qu'ils ont rendu possible et les défis restant à relever.

1. Le modus operandi des ONG qui empêche de « penser dans l'urgence »

a. Un mode opératoire qui souffre d'une coordination défailante...

Il est essentiel de comprendre dans le cas de l'épidémie de choléra, que la réponse WaSh a été apportée par des acteurs déjà opérant dans le cadre de la réponse au séisme, par exemple au travers d'activités de *Water Trucking*⁴¹, pour approvisionner les populations déplacées dans les camps. Il importe également de noter que la présence humanitaire en Haïti est une présence de longue date visant à relever les défis structurels du pays, notamment au travers de projets de développement.

Haïti est la première république indépendante en 1804 issue de la révolte des esclaves. Entre les dictatures successives et les événements climatiques chroniques, les organisations humanitaires tentent depuis longtemps de pallier les lacunes du gouvernement et subvenir aux besoins de la population dans différents secteurs. L'ONU, présente en Haïti depuis 2004 à travers la MINUSTAH, s'est vue prolonger son mandat, « aider le gouvernement haïtien à créer un environnement sûr et stable » à la suite du séisme du 12 janvier 2010. Cette mise en contexte permet de comprendre combien la réponse à l'épidémie de choléra survenue en octobre 2010 s'est ancrée dans un paysage humanitaire complexe régi par un système de coordination préexistant. Or, la

⁴¹ Approvisionnement en eau chlorée par camion.

coordination des différentes parties prenantes⁴² est accusée de faire défaut depuis bien avant le séisme. En effet, le « *C word* », faisant référence au terme coordination, est souvent pointé du doigt comme l'origine de tous les maux du pays. L'inefficacité des nombreux groupes de coordination et leur difficulté à harmoniser des acteurs aux mandats différents (acteurs d'urgence, de développement, etc.) est souvent soulignée. Si le séisme a redistribué les cartes de la coordination, avec notamment la mise en œuvre du système onusien des clusters, celle-ci n'a pour autant pas pallier ses difficultés et l'épidémie de choléra a cruellement révélé ses défaillances et son manque d'efficacité.

L'organisation par clusters, faisant suite à la réforme humanitaire enclenchée en 2005, est un mécanisme de coordination sectorielle des différents acteurs humanitaires en présence. Au-delà de problématiques opérationnelles telles que l'utilisation majoritaire de l'anglais comme langue de travail, ce mode de fonctionnement en cluster s'est avéré dans le contexte haïtien très standardisé et peu propice à des actions d'urgence efficaces. A titre d'exemple, nous pouvons faire un détour par la réponse sanitaire immédiate aux premiers cas de choléra qui a été apportée par des acteurs ne prenant pas part aux clusters. En effet, J-M Biquet et C. Schulte-Hillen⁴³ illustrent dans leur article comment Médecins Sans Frontières et des médecins venant de Cuba ont été les seuls, durant les trois premiers mois de l'épidémie, à être en mesure d'apporter une réponse d'urgence, traitant ainsi 80% des cas enregistrés sur la période. Cela est d'autant plus alarmant que sans traitement, le choléra peut tuer plus de 50% des cas. Des organisations telles que la Croix-Rouge française ou Save the Children n'ont ouvert de centres de traitement contre le choléra qu'en janvier 2011. Ce détour nous permet de comprendre que ce ne sont pas les moyens des acteurs pour intervenir qui ont fait défaut mais bien la capacité à penser puis à mettre en place des actions en urgence de manière efficace, notamment au sein d'un système de coordination trop complexe. C'est donc la capacité à « penser dans l'urgence », pour reprendre la formule de Rony Brauman⁴⁴, qui a péché.

⁴² ONG internationales et locales, agences onusiennes, donateurs, acteurs multilatéraux, gouvernement haïtien, etc.

⁴³ *Haïti : les limites du « système de l'aide humanitaire »*, J-M Biquet et C. Schulte-Hillen, juin 2011.

⁴⁴ *Penser dans l'urgence. Parcours critique d'un humanitaire. Entretiens avec Catherine Portevin*. Rony Brauman, 2006.

Le système de coordination en clusters semble donc avoir été défaillant dans le cadre de la réponse apportée à l'épidémie de choléra. Le caractère sectoriel de cette organisation a posé problème dans cette « double crise » qui aurait nécessité une transversalité des interventions. Cela est d'autant plus vrai que, si le choléra nécessite bien évidemment des interventions médicales d'urgence, il n'en reste pas moins que, comme nous l'avons vu précédemment, sa propagation est due à des problèmes sanitaires structurels que le séisme a accentué. Rappelons également qu'au niveau gouvernemental, si la DINEPA joue un rôle de leader au sein du cluster WaSH, c'est le MSPP qui est chargé de la gestion de l'épidémie de choléra, ce qui n'a pas facilité la transversalité des interventions. Ainsi, le système de coordination alors en place n'est pas parvenu à s'adapter à son contexte spécifique et a empêché les acteurs WaSH notamment de penser cette transversalité et d'imaginer des solutions pérennes dans une situation d'urgence en parallèle d'actions coup de poing classiques.

b. ...empêchant de « penser dans l'urgence »

Après avoir étudié les mécanismes de coordination défaillants dans le contexte haïtien de « crise dans la crise », notre analyse se concentrera ici sur les initiatives mises en œuvre dans le secteur de la WaSH qui nous intéressent et qui semblent être le levier majeur pour endiguer une épidémie de choléra. En effet, les mesures prises concernant l'eau, l'hygiène et l'assainissement, ont été largement insuffisantes pour répondre aux besoins criants de la population affectée. Cela est en partie dû au fait que les acteurs en présence ont mis en place des actions d'urgence dites classiques, liées plus à leur savoir-faire qu'aux besoins identifiés, sans véritable mise en contexte. L'adaptation au contexte revêt cependant toute son importance par le simple fait que la population n'a aucune capacité de résilience, ni de connaissances, face à cette maladie qui n'a pas sévi depuis environ un siècle sur l'île.

L'épidémie de choléra s'étant déclarée dans un pays qui s'attelait à la réponse humanitaire du séisme, les mécanismes proposés et mis en œuvre sont venus se superposer à ceux alors en place. Une concentration des services dans les camps de déplacés a été observée et la promiscuité y laissait craindre une propagation fulgurante de l'épidémie. Les activités de court terme visant la pose de *bladders*⁴⁵,

⁴⁵ Réservoirs d'eau souples.

l'approvisionnement en camion-citerne, la mise en place de stations de potabilisation, la réhabilitation de latrines dans les camps ainsi que la distribution de kits d'hygiène se sont multipliées. Ces réponses étaient pour la plupart orientées sur les conséquences immédiates du séisme puis de l'épidémie de choléra et non focalisées sur les infrastructures WaSH pourtant à l'origine de la propagation rapide de la maladie. La véritable vulnérabilité de la population, au travers de l'interrogation « *pourquoi les gens sont-ils dans ces camps ?* », semble avoir été oubliée au profit d'interventions classiques que les ONG savent mettre en œuvre. Parallèlement, d'autres acteurs, dits de « développement », avec une stratégie à plus long terme, qui travaillaient dans le secteur de l'eau avant ces catastrophes, ont commencé la réhabilitation des infrastructures de réseau, réservoirs et kiosques, notamment en coopération avec les administrations nationales. Cette distinction d'interventions montre bien qu'au sein d'un même secteur, les interventions sont divisées entre les organisations prônant des stratégies court terme et celles avec des stratégies à plus long terme. Là encore, le manque de coopération et de transversalité est criant et ces « approches par projets » montrent l'inefficacité de l'éparpillement des initiatives.

De plus, d'une manière générale, les organisations spécialisées dans la WaSH ont mis essentiellement l'accent dans leurs interventions sur l'accès (à l'eau, à l'assainissement, etc.) et beaucoup moins sur les deux autres maillons de l'assainissement que sont l'évacuation et le traitement des effluents de boue, des eaux usées, etc. ; volet pourtant essentiel dans la lutte contre le choléra. Enfin, le secteur humanitaire WaSH n'a pas su ou pu développer des options de gestion des excréta dans les contextes urbains. En effet, les propositions techniques et organisationnelles faites à l'époque, à Port-au-Prince notamment, ne peuvent pas être viables, tant d'un point de vue économique qu'environnemental.

Nous reviendrons sur la difficulté d'intervenir dans le secteur WaSH en milieu urbain ainsi que sur la vulnérabilité spécifique de la population dans la seconde partie de ce travail car il importe auparavant d'interroger les obstacles, autres qu'une coordination déficiente, ayant empêchés les acteurs WaSH à « *penser dans l'urgence* » et à mettre en œuvre les solutions réellement pertinentes pour répondre à cette crise.

D'une part, il est possible de relever un obstacle inhérent à la pratique même d'acteurs de terrain ; obstacle communément appelé l'« effet tête dans le guidon ». Cet obstacle revient à l'incapacité, pour les acteurs sur place, de prendre le temps de la réflexion et

d'agir de manière presque mécanique pour répondre à une crise similaire connue ailleurs en faisant bien souvent l'abstraction des contextes spécifiques. L'urgence de la crise conduit souvent à ce type d'obstacles du fait d'un diagnostic trop rapide ou d'un suivi opérationnel ne permettant pas le réajustement des activités en fonction de l'évolution du contexte, accentué par un taux de rotation élevé du personnel expatrié qui rend difficile la capitalisation d'expérience. Cet état de fait s'illustre encore plus dans le contexte haïtien où l'épidémie de choléra est intervenue comme un choc dans une situation de crise, surprenant la majeure partie des acteurs qui se sont retrouvés figés.

D'autre part, il existe un obstacle à « *penser dans l'urgence* » d'ordre beaucoup plus pragmatique ; il concerne la question des financements dont dépendent beaucoup d'ONG. Lors d'une proposition de projet, les ONG sont soumises à différents critères d'intervention émis par les bailleurs de fonds et qui diffèrent selon chacun. Ces critères sont établis selon un système *top-down*⁴⁶ pouvant obstruer des interventions adéquates. Ils laissent donc peu de marge de manœuvre aux ONG qui doivent réaliser d'intenses plaidoyers si elles veulent rendre possible des prises de conscience auprès des bailleurs de la non adéquation des critères initiaux avec la réalité du terrain. De plus, dans la logique des bailleurs, une urgence pouvant rapidement être chassée par une autre, les ONG se trouvent dans un équilibre fragile où il s'avère nécessaire de prendre les financements tant qu'il y en a, sur des projets à court termes, au risque de ne pas apporter la meilleure réponse possible.

En somme, il semble qu'il existe de fait un ensemble de facteurs qui rendent systématique une lecture linéaire et chronologique du célèbre continuum URD auquel les acteurs humanitaires se sont conformés avec chacun sa stratégie d'intervention. Or, il apparaît que le contexte haïtien et particulièrement le choc qu'a constitué l'épidémie de choléra dans une situation de crise due au séisme et aux problèmes structurels du pays, désincarnent ce modèle théorique séquentiel et appellent à le dépasser. Au delà d'une mise à mal de ce modèle, il est même possible d'interroger l'impact négatif du strict respect de ce continuum et donc des réponses d'urgence dans cette crise à travers le prisme du principe humanitaire du « Ne Pas Nuire ».

⁴⁶ Au sens où le haut de la pyramide est constitué par le bailleur et le bas la population dans le besoin et où l'ONG représente l'interface d'action.

c. *Le principe du « Ne Pas Nuire » en question.*

Le principe du « Ne Pas Nuire » réfère à la responsabilité de protection de la population qui incombe aux organisations humanitaires. Généralement, ce principe vise les situations de conflits et signifie devoir « *éviter ou minimiser l'impact négatif pouvant être généré par ses programmes humanitaires* »⁴⁷. Bien que le contexte haïtien ne soit pas celui d'un conflit armé, nous ferons référence à cette définition dans le but d'analyser les possibles impacts négatifs des actions d'urgence mises en place en réponse à l'épidémie de choléra. Le but est de comprendre en quoi les interventions humanitaires ont pu exposer la population à de nouveaux préjudices. Nous nous attacherons ici aux impacts très opérationnels d'une action en prenant deux exemples d'effets pervers de réponses d'urgence identifiés en Haïti.

Tout d'abord, nous avons vu précédemment que, dans le secteur de l'EHA qui nous intéresse, la réponse à l'épidémie de choléra s'est superposée à celle apportée pour le séisme dans les camps de déplacés avec la crainte d'une propagation fulgurante de l'épidémie. Ainsi, les populations disposaient d'un ensemble de services WaSH performants rendant les conditions de vie, relatives à ce secteur, beaucoup plus acceptables que dans les quartiers ou les bidonvilles. Emmanuel Moy, alors coordinateur programmes en Haïti pour l'ONG Solidarités International explique : « *En fait, on faisait du concret dans les camps. A tel point que ce sont les gens des quartiers qui ont fini par venir vivre dans les camps. C'est tout le contraire de ce qu'on cherchait à faire* »⁴⁸. L'ensemble des services, notamment WaSH, se concentrant dans les camps, les gens démunis y voyaient de nombreux avantages, particulièrement l'absence de loyers et la perspective de « durcissement » des infrastructures (tentes, latrines, etc.). Cet effet pervers de la multiplication des services interroge d'une part la pertinence des actions d'urgence ayant pour simple objectif d'agir, en dehors de toute stratégie globale, et d'autre part, indique une mauvaise analyse de la cause de la vulnérabilité de ces populations déplacées.

De plus, et ce second impact est très lié au premier, les actions d'urgences mises en œuvre ont plongé le pays dans une situation d'assistanat exacerbée. Si Haïti est dite « sous perfusion humanitaire » depuis de nombreuses années, cette double crise et les

⁴⁷ Définition d'Action Contre la Faim.

⁴⁸ Entretien réalisé le lundi 2 juin 2014.

interventions d'urgence qui s'en sont suivies ont réellement mis à mal les services nationaux alors pris en charge par les organisations humanitaires. Concernant l'approvisionnement en eau dans les camps de déplacés, la majorité du service de *Water Trucking* a été payée par les organisations internationales mais a placé à long terme les populations dans une situation d'assistanat et tend à fragiliser les structures communautaires préexistantes. La démonstration pourrait être la même concernant la vidange des latrines, ce service étant payé par la communauté internationale sans réelle réflexion sur le devenir de celui-ci. Nous ne nions pas que ces modalités d'interventions soient essentielles et pertinentes en phase d'urgence aiguë, comme ce fut le cas après le séisme, mais si elles perdurent sans stratégie globale, ni stratégie de sortie, les effets pervers sont alors nombreux. Or, l'épidémie de choléra aurait pu et dû être un levier pour penser de nouvelles modalités d'intervention plus pérennes, particulièrement dans le secteur WaSH. Là encore, le questionnement sur l'objet de la vulnérabilité des populations déplacées semble être central.

L'ensemble de ces éléments mène à penser que les organisations humanitaires présentes en Haïti en réponse au séisme de 2010 n'ont pas su appréhender l'épidémie de choléra comme un choc nécessitant une approche plus transversale dépassant le continuum classique URD. Concernant le secteur WaSH, la réponse humanitaire semble s'être enlisée dans une situation d'urgence chronique, les défis du désengagement et de la maintenance des infrastructures n'ayant pas été anticipés. Sans mise en contexte actualisée, ces conclusions pourraient venir pousser à l'extrême notre hypothèse de départ selon laquelle « *Dans le contexte de l'épidémie de choléra, intervenir sur une urgence par des mécanismes à court terme a un impact limité sur l'atteinte des objectifs* ». En effet, les conséquences néfastes de ces mécanismes à court terme nous tenteraient de remplacer les termes d' « impact limité » par « impact néfaste ». Or, il ne faut pas nier qu'entre 2010 et 2013, l'épidémie a finalement été contenue. Reste à savoir quelles ont été ces avancées et quels enjeux sont encore d'actualité.

2. Des avancées, des défis

a. *Des progrès substantiels mais des risques persistants*

Entre octobre 2010 et fin 2013, les interventions humanitaires du secteur WaSH et sanitaire, suivant des stratégies à court terme, se sont succédées. Malgré l'absence de pérennité de la plupart de ces interventions, des progrès significatifs ont été réalisés et ont participé à la réduction de l'incidence du choléra dans le pays. Sur la période, plus de 140 millions US dollars⁴⁹ dédiés à la lutte contre l'épidémie de choléra ont été investis, des systèmes de surveillance de la qualité de l'eau ont été mis en place notamment dans les centres de santé, plus de 9 millions de pastilles de purification de l'eau, savons et équipements médicaux ont été distribués dans des kits d'hygiène pour prévenir et soigner le choléra. De plus, la vidange des latrines par les organisations WaSH a concerné environ 1,2 million de personnes. Des campagnes de vaccins contre le choléra par voie orale ont été réalisées ainsi que des campagnes d'hygiène communautaire ayant sensibilisé des milliers de familles. Enfin, des efforts ont été faits pour renforcer le rôle des autorités nationales et pour améliorer la coordination et la réponse apportée à travers le pays.

Ces progrès peuvent également s'illustrer à travers les chiffres. Fin novembre 2013, la proportion de décès dus au choléra était de 1,2%, ce qui est légèrement supérieur aux 1% recommandés par l'OMS pour qualifier une épidémie de contrôlée. Par ailleurs, le nombre de cas par mois est passé de 84.391 en décembre 2010 à 6.617 en novembre 2013⁵⁰.

Si l'épidémie de choléra semble avoir été contrôlée grâce à ces mécanismes d'intervention à court terme, ceux-ci constituent largement une substitution aux services étatiques et ne représentent en aucun cas des solutions durables. Or, l'épidémie de choléra, bien que contenue, comporte encore de nombreux risques. Le principal d'entre eux est le risque pour Haïti de devenir un pays où le choléra serait présent de manière endémique⁵¹. En effet, cette maladie étant principalement véhiculée par l'eau

⁴⁹ Source : ONU- MINUSTAH

⁵⁰ Source : *Ibid*

⁵¹ L'encyclopédie Santé Vulgaris-Médical définit une endémie comme la persistance dans une région d'une maladie infectieuse et contagieuse, frappant une grande partie de la population. L'endémie peut régner de façon constante dans cette région ou bien y revenir à des époques précises.

et, considérant le manque chronique d'accès à l'eau potable et les défis structurels relatifs aux infrastructures d'assainissement dans le pays, il semble fort probable que la maladie devienne endémique en Haïti. Cela est d'autant plus vrai que tout ouragan ou cyclone⁵² devient source d'inquiétude sur une possible recrudescence des cas de choléra que les défaillances structurelles du secteur ne sont pas en mesure de juguler.

Parallèlement, et cela vient confirmer ce risque endémique, au vue de la baisse du nombre cas et du taux d'incidence de l'épidémie dans le pays, de nombreuses ONG intervenant dans la lutte contre le choléra ont réduit leur volume d'intervention, voire se sont retirées du pays. Ainsi, nous disions précédemment qu'environ 100 ONG intervenaient dans le secteur WaSH en 2011 quand, fin 2013, il n'en demeurait plus qu'environ 50 alors même que les capacités nationales n'ont que très peu progressé, ou du moins pas de manière comparable au contrôle de l'épidémie. Cette réduction significative des ONG dans ce secteur laisse place à un grand déficit en termes de couverture sanitaire. L'enjeu relatif au choix des mécanismes d'intervention devient donc de taille et la mise en place de stratégies adaptées à cette évolution du contexte, pour les acteurs internationaux notamment, se doit d'être la priorité.

Il est intéressant, afin de conclure ce point, de noter la contradiction inhérente aux actions de court terme car si elles ont pu permettre de contenir l'épidémie de choléra et de réduire significativement son incidence dans le pays, elles semblent parallèlement responsables du risque endémique pesant aujourd'hui sur Haïti. Etant donné l'absence de résilience de la population haïtienne face à cette maladie ainsi que les défaillances structurelles des infrastructures WaSH du pays, le risque endémique aurait pu être identifié par les acteurs en présence dès le début de l'épidémie et aurait pu être appréhendé grâce à des actions plus pérennes parallèlement aux réponses d'urgence, soit une approche intégrée à travers une stratégie bouclier/coup de poing⁵³. En ce sens, il importe désormais de s'attacher à ce volet structurel de la lutte contre le choléra qui semble avoir été oublié lors de la propagation de l'épidémie et dont le risque endémique paraît avoir marqué la prise de conscience de l'ensemble des acteurs en présence.

⁵² Haïti, de par sa situation géographique en pleine zone cyclonique, est très vulnérable aux cyclones, tempêtes et ouragans.

⁵³ Stratégie opérationnelle consistant à mener de front des interventions suivant des mécanismes à courts (coup de poing) et longs termes (bouclier).

b. Lutter contre le choléra : une prise de conscience du volet structurel

Face au constat de l'ensemble des facteurs et états de faits détaillés et analysés précédemment, il s'avère urgent de trouver des solutions durables et d'appréhender de manière opérationnelle le volet structurel de la lutte contre le choléra. D'autant plus urgent qu'il est aisé d'apprendre de l'histoire ou de ce qui se fait ailleurs.

Si les épidémies de choléra qu'ont pu connaître l'Angleterre ou encore la France au début du 19^{ème} siècle attestent de la facilité de la maladie à se propager dans un environnement insalubre et dans des sociétés aux problèmes structurels évidents, elles témoignent également de la réussite des investissements à long terme comme moyens d'éradication de la maladie, notamment dans les infrastructures sanitaires et les initiatives visant à faire adopter les pratiques d'hygiène adéquates. En effet, en 1832, un pic de choléra affectant le nord de la France fait à Paris 18.400 morts alors même que les hygiénistes notamment plaidaient pour une démocratisation de l'eau et une éducation de masse à l'hygiène. La crise faisant office de déclic, tout un développement des réseaux d'eau en ville et des systèmes urbains d'assainissement a vu le jour suivant une logique de service public pris en charge par l'Etat. Les objectifs visés étaient la salubrité mais également la santé publique, en lien avec le choléra. Ces innovations ont nécessité du temps mais ont porté leur fruit à long terme puisque le choléra n'existe plus aujourd'hui en France.

Bien que la situation en Haïti soit celle d'une crise complexe, il semble qu'en isolant la variable « crise », facilitée par le contrôle de l'épidémie, le cheminement ait été le même que celui des hygiénistes français. C'est du moins ce que tend à illustrer le *Plan d'Elimination du Choléra en Haïti*⁵⁴, élaboré conjointement entre le MSPP et la DINEPA. Ce plan propose une stratégie évolutive de long terme entre 2013 et 2022. Il constitue une tentative d'élaboration d'une stratégie nationale pérenne et d'un cadre d'intervention à respecter pour les organisations internationales en présence. « *Le but ultime de ce plan d'action est d'éliminer le choléra dans l'île Hispaniola à travers un soutien technique et financier de la communauté internationale et une coordination binationale* »⁵⁵ entre Haïti et la République Dominicaine. Le plan développe également des objectifs spécifiques dont la perspective globale est énoncée comme suit : « *Afin de*

⁵⁴ Plan d'Elimination du Choléra en Haïti : PNEC.

⁵⁵ *Plan d'Elimination du Choléra en Haïti – 2013-2022*, MSPP et DINEPA. p.44

prévenir les décès et diminuer les souffrances causées par l'épidémie du choléra, la stratégie principale du gouvernement haïtien est de mettre en œuvre une approche intégrée pour prévenir et arrêter la transmission secondaire de choléra en Haïti»⁵⁶. Ici, la référence à l'approche intégrée semble relever de cette nécessité d'interventions transversales dépassant la frontière classique entre urgence et développement. Suit alors l'énumération de 9 objectifs spécifiques à échéance 2022 découlant de cette perspective dont nous pouvons mentionner « *accroître l'accès à l'eau potable à au moins 85% de la population* », « *accroître l'accès à l'amélioration des installations sanitaires et d'hygiène à au moins 90% de la population* », « *augmenter à 90% la collecte des déchets ménagers générés dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince (...)* », ou encore « *intensifier l'éducation de la population en matière d'hygiène domestique et connaissance de l'hygiène alimentaire, de telle façon qu'en 2022, 75% de la population générale en Haïti ont connaissance des mesures de prévention pour le choléra et d'autres maladies diarrhéiques* ». Le processus pour atteindre ces objectifs est élaboré par phases où sont mêlées actions court terme et interventions pérennes, notamment dans les secteurs Santé, Eau et Assainissement.

L'élaboration de ce plan représente une réelle avancée dans la lutte contre le choléra car au delà d'une prise de conscience, il constitue l'impulsion pour une mise en action pertinente au sein de laquelle le leadership gouvernemental tente d'être assuré à travers des directives et grands axes dont les organisations internationales sont les prestataires de service. Ainsi, toutes les ONG répertoriées dans le domaine de l'eau potable et de l'assainissement ont été invitées à signer un accord-cadre avec la DINEPA les engageant à respecter ses directives ainsi que les lois haïtiennes. Un exemple de ces lois importantes à respecter dans le secteur WaSH peut être la loi de 1919 qui spécifie que chaque maison se doit d'être munie d'une toilette en son sein. Or, si cette loi n'est pas respectée par la plupart des propriétaires, elle ne l'a pas été non plus par beaucoup d'organisations internationales ayant fourni des toilettes isolées lors de cette double crise. Cela a entraîné une attente de toilettes gratuites et a, de manière paradoxale, entraîné une diminution de la couverture totale en latrines en Haïti. Cet accord-cadre permet donc d'éviter ce genre d'effets pervers et permet à l'Etat de retrouver une forme de leadership. Reste que le coût estimé pour la mise en œuvre totale de ce plan et de ces

⁵⁶ *Ibid.*

travaux d'infrastructure de grande envergure est estimé à 2,2 milliards US \$ alors même que les financements pour Haïti, comme vu précédemment, sont en baisse.

Cette initiative gouvernementale fut un bon point de départ à la mise en œuvre d'approches intégrées plus pérennes et pertinentes en lien avec la situation du choléra en Haïti. L'exemple de Solidarités International est une mise en action de ce plan et semble être le fruit d'une réflexion et d'une stratégie où se sont rencontrées la nécessité d'intervenir au travers d'actions plus pérennes et la volonté de concevoir un projet innovant. En réalité, face au contexte spécifique et les enjeux persistants liés à l'épidémie de choléra, une nécessité d'innover paraît s'être imposée d'elle-même. C'est là l'objet de la seconde partie de ce travail : l'illustration de cette nécessité d'innover en réponse à l'urgence de solutions durables face au choléra en Haïti, à travers l'exemple de Solidarités International.

Partie 2 - Pour Solidarités International, une nécessité d'innover

Solidarités International (SI) est une ONG qui se veut urgentiste intervenant principalement dans les secteurs de l'EHA, qui nous intéresse, et de la sécurité alimentaire. Présente en Haïti à partir 2004 en réponse aux dégâts causés par la tempête tropicale Jeanne, la mission fut fermée en 2007 avant de rouvrir à la suite du séisme du 12 janvier 2010. Son intervention se concentrait alors sur une réponse EHA d'urgence, notamment dans les camps de déplacés. L'épidémie de choléra a conduit l'ONG à intensifier ses activités dans les camps, dans un premier temps, à travers des mécanismes d'intervention d'urgence classiques tels que la fourniture d'eau potable, le renforcement des ouvrages EHA dans les camps, la vidange des latrines, la distribution des kits d'hygiène ou encore la promotion de l'hygiène. Fin 2011, suite à une politique gouvernementale de fermeture des camps pour réhabiliter les espaces occupés et favoriser le retour des populations déplacées dans leur quartier d'origine, les acteurs humanitaires, dont SI, se sont retirés des camps. Toutefois, en juillet 2012, des responsables de camps ont alerté SI sur le manque de service de base dans les sites et, suite à un diagnostic EHA, SI a repris des interventions d'urgence dans plus d'une centaine de camps non prioritaires pour une relocalisation aujourd'hui. Or, parallèlement, SI a entamé une réflexion dans ce contexte d'urgence sur des interventions plus pérennes. Cette réflexion donnera lieu à une stratégie d'intervention concernant la réponse au séisme ; elle s'applique également à la lutte contre le choléra. Il est intéressant de noter ici la connaissance ainsi que les compétences de SI concernant le volet structurel de la lutte contre le choléra, dont nous avons démontré toute la pertinence précédemment. En effet, dans le territoire du Katanga en République Démocratique du Congo où le choléra est présent, SI a notamment mis en place, en parallèle d'activités EHA d'urgence, un réseau d'adduction d'eau à Kalémie, ayant été retenue comme ville pilote du « *Plan stratégique d'Élimination du Choléra en RDC 2008-2012* ». Avec l'extension du réseau qui a suivi, un approvisionnement en eau continu pour la population de la zone a été rendu possible et un impact significatif sur le taux d'incidence du choléra a été relevé. Le caractère structurel de la lutte contre le choléra,

bien que concentré sur l'accès à l'eau dans le cas de la RDC, est donc connu et mis en œuvre par l'organisation à laquelle nous prêtons attention dans ce travail. Dans le contexte haïtien, la variable inconnue pour SI semble donc être le milieu urbain au sens où faire de la WaSH de manière structurelle en contexte urbain paraît constituer un défi. C'est que ce nous analyserons dans une première partie avant de s'attacher à l'innovation proposée par SI ; celle d'un projet intégré répondant à la double crise haïtienne.

A. Intervenir sur une crise complexe en milieu urbain

Il n'est pas question ici de nier l'incidence du choléra dans les milieux ruraux en Haïti où l'épidémie a un impact fort. Il s'agit plutôt de concentrer notre intérêt sur la réponse durable au choléra apportée en milieu urbain, et particulièrement à Port-au-Prince, et de témoigner, dans un tel contexte, d'une innovation par une organisation spécifique, SI. En ce sens, il sera essentiel d'analyser la vulnérabilité spécifique de la population de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, analyse qui justifiera des interventions pérennes dans les quartiers, avant de comprendre les défis de l'intervention EHA durable en contexte urbain.

1. Une vulnérabilité spécifique de la population

a. Mettre fin à l'urgence dans les camps...

La situation d'Haïti aujourd'hui est celle d'une crise complexe où s'entremêlent problématiques structurelles et conjoncturelles. Face à cette crise multiple, la réponse humanitaire WaSH d'urgence a pourtant très largement été unanime et s'est concentrée dans les camps de déplacés, au détriment des bidonvilles et des quartiers informels par exemple. Comme vu précédemment, ce focus donné à l'intervention dans les camps, où se sont superposés mécanismes d'urgence post-séisme puis choléra, a eu l'effet néfaste majeur d'inciter les personnes à venir dans les camps et celles encore présentes, à y rester. L'assistanat dans lequel a été plongé la population n'est pas une solution durable.

Les limites de cette situation d'assistantat se sont particulièrement révélées fin 2011 lorsque les ONG se sont vues interdire d'intervenir dans les camps par le gouvernement. Julie Patinet⁵⁷ explique que : « *l'Etat est paralysé par le fait que les propriétaires des terrains sur lesquels des camps sont installés refusent la mise en place d'infrastructures d'eau et assainissement plus pérennes, par crainte qu'un tel équipement conduise à une installation permanente* ». Si quelques ONG, telle que SI, parviennent tant bien que mal à intervenir dans ces camps, en cas d'alertes choléra notamment ou d'évictions forcées, la population est très largement livrée à elle-même dans une situation de dénuement extrême, particulièrement en termes d'accès à l'eau et à l'assainissement.

L'analyse de la situation suite au déclenchement de l'épidémie de choléra a été difficile pour les ONG, conduisant ainsi à la multiplication des actions dans les camps de déplacés. Les effets néfastes et limités des mécanismes d'urgence court terme mis en œuvre, le risque endémique pesant sur le pays ainsi que l'évolution générale du contexte ont conduit les acteurs à réinterroger la vulnérabilité de la population. Ce questionnement semble s'être articulé autour des interrogations suivantes : « A quoi est vulnérable la population présente dans ces camps ? Pourquoi sont-ils là ? Qu'est-ce qui pourrait leur permettre de revenir dans leur lieu d'habitation d'origine ? ».

L'OIM⁵⁸, ACTED⁵⁹ et le CDAC-Haïti⁶⁰ ont mené une étude d'intentions⁶¹ en 2011 sous l'égide du CCCM⁶². L'enquête, menée auprès de 15.000 personnes résidant dans des camps de déplacés⁶³, visait à comprendre pourquoi ces derniers sont toujours présents malgré le manque de confort, l'insécurité due à la proximité des tentes ou des bâches pendant une épidémie de choléra et la saison des ouragans. Les résultats obtenus montrent que 94% des gens vivant dans des camps seraient partis s'ils avaient eu un logement alternatif. Ces derniers affirment que s'ils partaient immédiatement, ils n'auraient pas les moyens de payer un loyer, ou les ressources pour réparer / remplacer

⁵⁷ *Enjeux et difficultés de la gestion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène à Port-au-Prince : comment sortir de l'urgence ?* Julie Patinet – Chargée de recherche « Eau et Assainissement » - Groupe URD.

⁵⁸ Organisation Internationale pour les Migrations : OIM.

⁵⁹ Agence d'aide à la Coopération Technique et au Développement : ACTED.

⁶⁰ *Communicating with Disaster Affected Communities*: CDAC.

⁶¹ *Enquête OIM-ACTED, Intentions des déplacés Haïti*, OIM, ACTED, CDAC-Haïti, CCCM, 2011.

⁶² Cluster de Gestion et de Coordination des Camps : CCCM.

⁶³ Selon l'OIM, en 2011, 600 000 personnes résidaient encore dans près de 1000 camps de déplacés répartis principalement dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince.

leur maison endommagée ou détruite. Ces données permettent de mieux appréhender la vulnérabilité de ces populations déplacées : ce qui les pousse à rester est l'absence de perspective leur permettant de rentrer dans leur quartier d'origine ; ce retour les rendrait encore plus vulnérables au dénuement. Silvère Jarrot⁶⁴ explique d'ailleurs : « *Les gens des camps venaient des quartiers, il fallait donc se demander quel était le problème dans les quartiers. On a trop tendance à s'attacher aux vulnérabilités immédiates des personnes. Or, dans le cas d'Haïti, ces vulnérabilités sont liées aux conditions des quartiers. C'est le territoire qui peut générer de la vulnérabilité* »⁶⁵. Cette réflexion a permis à de nombreux acteurs, et particulièrement à SI, de penser un élargissement du point de vue des opérations pour endiguer cette situation d'urgence chronique et de mettre fin à l'assistanat. Au delà d'une superposition des interventions WaSH post-séisme et choléra dans les camps, une approche quartier intégrée et durable s'est avérée nécessaire pour intervenir simultanément sur l'ensemble des facteurs structurels et conjoncturels de la crise. Cette approche semble constituer un levier opérationnel qui pourrait permettre de juguler le risque endémique que représente le choléra aujourd'hui.

b. ... et intervenir dans les quartiers.

Fin septembre 2011, le gouvernement a lancé le projet 16 quartiers / 6 camps, soutenu par l'OIT⁶⁶, le PNUD⁶⁷ ou encore l'UNOPS⁶⁸. Le programme vise la relocalisation des déplacés de 6 camps jugés comme les plus vulnérables, et le réaménagement des 16 quartiers dont ils sont pour la plupart originaires. En effet, 80% des occupants⁶⁹ des six camps priorisés par le gouvernement proviennent de 16 quartiers gravement affectés par le tremblement de terre. La sélection des quartiers est certes politique, mais le programme a lancé le processus de transformation des quartiers informels et insiste, au sein même de sa formulation, sur une nécessaire intervention simultanée au sein des

⁶⁴ Coordinateur urbain pour la mission Haïti, Solidarités International, février 2013-avril 2014.

⁶⁵ Entretien réalisé le 9 mai 2014.

⁶⁶ Organisation Internationale du Travail : OIT.

⁶⁷ Programme des Nations Unies pour le Développement : PNUD.

⁶⁸ Bureau des Nations Unies pour les Services d'Appui aux Projets : UNOPS.

⁶⁹ <http://www.projet16-6.org/>

camps et des quartiers afin de sortir de la crise. L'approche est transversale et invite les ONG à s'investir sur un schéma organisationnel autre que celui du cluster qui a montré ses limites dans le contexte haïtien.

L'approche intégrée propose le consortium d'ONG comme outil de transversalité afin d'appréhender et de répondre à l'ensemble des besoins identifiés d'un quartier et ce, au sein d'un même projet. Le consortium permet aux parties prenantes de délimiter leur champ d'action précisément et ainsi, d'éviter l'éparpillement des initiatives manquant de pertinence. Chaque organisation se concentrant sur son domaine d'expertise, l'efficacité est alors plus grande. Par exemple, SI, au sein d'un consortium, peut s'attacher au volet EHA en proposant des infrastructures pérennes qui s'intégreront alors au développement global du quartier ciblé. Les enjeux de la planification, de l'approche communautaire ainsi que celui de l'application des directives gouvernementales, inhérents à l'approche intégrée présentée ici, obligent les acteurs humanitaires à se repositionner. En effet, ce cadre opérationnel proposé par le gouvernement conduit les ONG notamment, à s'impliquer sur le long terme dans ce type de programmes. Les ONG sont invitées à repenser leurs mécanismes d'intervention dans un contexte où l'urgence se caractérise par la nécessité d'interventions durables. Face à ce changement de paradigme où l'urgence n'est plus de sauver des vies ni de secourir les sinistrés, de nombreuses ONG vont décider d'assumer leur mandat urgentiste et de se désengager du pays. Pour les organisations restantes, ciblant l'urgence ailleurs, tout l'enjeu est d'avoir la mesure de ses ambitions. Cela est d'autant plus vrai, qu'étant donné le climat aléatoire politique, économique, environnemental ou encore sociologique du pays, les projets intégrés ont du mal à voir le jour malgré l'établissement de ce cadre.

Pour SI, le programme 16/6 semble avoir représenté une justification et l'opportunité de mettre en œuvre le fruit de sa réflexion. Le volet structurel de la lutte contre le choléra peut totalement être intégré à ce type d'initiatives, sur toile de fond stratégique du PNEC. Cependant, si le domaine d'expertise de SI est l'EHA, faire de la WaSH en milieu urbain constitue un réel défi pour l'ONG.

2. Faire de la WaSH en contexte urbain de manière durable : quels enjeux ?

L'architecte et urbaniste Béatrice Boyer évoque le « *manque de technicité urbanistique de la ville chez les acteurs humanitaires* »⁷⁰. Peu enclins aux interventions en ville, les organisations humanitaires se sont vite retrouvées dépassées face à l'urgence de solutions durables en terrain urbain, notamment à Port-au-Prince, pour participer au relèvement suite au séisme et mettre à mal le risque endémique lié à l'épidémie de choléra. La ville, et l'ensemble des mécanismes complexes qui la compose, est alors apparue comme un contexte d'intervention où les mécanismes classiques de l'aide n'étaient plus pertinents. Si la reconstruction de l'habitat est bien sûr le premier domaine ayant fait face à la complexité de la ville de Port-au-Prince, le secteur WaSH est également un bon exemple. Pour les acteurs intervenant dans ce secteur, dont SI, et ayant appréhendé le changement de paradigme de l'urgence, différents enjeux se sont présentés : des enjeux techniques, institutionnels mais également socioculturels.

a. *Un enjeu technique*

Sur le plan technique, intervenir dans le secteur WaSH de manière pérenne en ville représente un enjeu notamment en ce qui concerne la réhabilitation et/ou la construction d'infrastructures. Le caractère pérenne des interventions induit une permanence dans le temps et donc, en contexte urbain, une capacité des infrastructures à s'adapter et à demeurer pertinentes face à l'évolution de la ville. Il importe que celles-ci puissent être opérationnelles face à la croissance démographique ou à la pression sur un ouvrage engendrée par une densité de population croissante par exemple. De fait, une planification évolutive s'avère nécessaire au sens où l'objectif est de répondre aux besoins immédiats de la population ciblée mais également à leurs besoins futurs.

L'enjeu technique pour les interventions WaSH se situe également au niveau des technologies employées. Dans une ville telle que Port-au-Prince où les infrastructures liées à l'eau et l'assainissement sont quasi inexistantes et dans le cadre d'une intervention humanitaire qui n'a pas vocation à se substituer à l'Etat, tout l'enjeu est de proposer des technologies à moindre coût qui puissent être reproductibles par l'Etat en

⁷⁰ *Port-au-Prince, catastrophe urbaine – crise humanitaire*, Béatrice Boyer, architecte et urbaniste, responsable du pôle recherche « habitat et urbain » au groupe URD.

dehors de la zone d'intervention. Par ailleurs, il s'agit de mettre en œuvre des solutions adaptées au contexte spécifique de Port-au-Prince. En effet, prenons l'exemple de l'assainissement : il existe des moyens techniques connus répondant aux problématiques d'assainissement urbain, collectif, semi-collectif et individuel, chaque contexte est différent et ces moyens ne sont pas forcément pertinents partout. Dans le cas de la capitale haïtienne, toute une analyse du contexte topographique, hydrogéologique ou encore géologique de la zone ciblée s'avère obligatoire afin de s'ancrer dans un paysage environnemental existant et spécifique. C'est important à Port-au-Prince car la ville se situe dans une zone sismique et cyclonique. Les solutions proposées doivent donc, pour être pérennes et atteindre les objectifs fixés⁷¹, pouvoir survivre à l'ensemble de ces catastrophes naturelles chroniques. Les interventions proposées par les acteurs humanitaires dans le contexte urbain de la capitale doivent participer à la stratégie globale visant à réduire les risques, sanitaires en l'occurrence, liés aux catastrophes naturelles⁷² car ce n'est pas la catastrophe qui tue mais le bâti et la situation de dénuement dans laquelle se retrouve la population survivante.

Enfin, l'enjeu technique se retrouve dans le cas de Port-au-Prince dans la nécessité d'une approche multisectorielle indispensable aux interventions pérennes en ville. Comme nous l'avons présenté précédemment le consortium est un outil de transversalité. Il importe de spécifier ici qu'une intervention WaSH en ville ne saurait être durable seule. Tout l'enjeu est de saisir l'imbrication des différents secteurs et d'agir ensemble dans une même temporalité avec un objectif globale commun.

⁷¹ Par exemple : améliorer durablement les conditions sanitaires de la zone ciblée, ou encore, réduire considérablement le taux d'incidence du choléra au sein de la population ciblée.

⁷² Définition approche Réduction des Risques liés aux Catastrophes (RRC) : « *Concept et pratique de la réduction des risques de catastrophe grâce à des efforts pour analyser et gérer leurs causes, notamment par une réduction de l'exposition aux risques, qui permet de réduire la vulnérabilité des personnes et de biens, la gestion rationnelle des terres et de l'environnement et l'amélioration de la préparation aux événements indésirables.* » (UNISDR, 2009). L'approche se compose de 3 pans majeurs : la préparation, l'atténuation et la prévention.

b. Un enjeu institutionnel

Si le MSPP et la DINEPA élaborèrent conjointement le PNEC pour la problématique spécifique qu'est le choléra, un document plus global, en lien opérationnel avec le premier, fut rédigé par la DINEPA, sous l'égide du MTPTC. Le *document d'orientation stratégique pour l'assainissement en Haïti*⁷³ vise à énoncer la politique d'assainissement du gouvernement en fonction de la zone ciblée⁷⁴ et constitue le cadre institutionnel au sein duquel les acteurs humanitaires se doivent d'agir. Ce cadre représente un enjeu à l'intervention WaSH en milieu urbain ; en effet, il importe de respecter les lois, normes et directives du gouvernement ainsi que sa structure organisationnelle afin de renforcer durablement les services publics pour la pérennité des actions entreprises.

Concernant la structure institutionnelle du secteur de l'assainissement énoncée dans le document stratégique, toutes les entités gouvernementales sont à prendre en compte par les acteurs humanitaires alors que chacune dispose d'un mandat spécifique. Si la synergie entre les différents acteurs (ministères impliqués, DINEPA, OREPA⁷⁵, opérateurs privés, municipalités, ONG, etc.) est également importante en milieu rural, elle revêt une dimension essentielle en milieu urbain, et particulièrement à Port-au-Prince, où l'élaboration de plan à long terme, tel qu'un plan d'assainissement pour la zone ciblée, doit être partagé et approuvé par tous. En milieu urbain, le respect de cette structure organisationnelle représente donc un enjeu tant stratégique qu'opérationnel.

A travers 6 grands principes, la DINEPA entend énoncer ses grandes directives en matière d'assainissement, notamment en milieu urbain, auxquels doivent se soumettre les acteurs humanitaires en vue d'une intervention pérenne. Ainsi les principes d'Équité, de Flexibilité, d'Information, d'Éducation et de Communication, de Participation, de Subsidiarité ainsi que d'Incitation, forment un ensemble de normes à respecter. Pour exemple de ces directives, nous pouvons à nouveau mentionner la loi de 1919, s'inscrivant dans le principe d'Incitation, sur l'obligation de la présence de toilettes dans

⁷³ *Document d'orientation stratégique pour l'assainissement en Haïti*, MTPTC & DINEPA, 2012.

⁷⁴ Zone rurale, urbaine ou périurbaine.

⁷⁵ Offices régionaux de l'Eau Potable et de l'Assainissement (OREPA), dépendant de la DINEPA.

toute nouvelle construction. Cette loi interdit donc, de fait, la subvention des toilettes individuelles ou familiales par les ONG.

Enfin, ce document créé tout un système de coordination, de contrôle et de suivi et évaluation. Ce système constitue un enjeu institutionnel pour les ONG WaSH intervenant en milieu urbain au sens où il importe de s'y soumettre afin d'avoir un réel impact pérenne. En effet, la durabilité d'une intervention, WaSH particulièrement, ne se mesure pas seulement à la qualité du service fourni pour une population et à la persistance de cette qualité dans le temps, mais s'évalue également dans le cas haïtien par le renforcement des capacités et compétences des services publics. C'est là tout l'enjeu institutionnel de l'intervention EHA à Port-au-Prince particulièrement.

c. Un enjeu socioculturel

L'enjeu socioculturel de l'intervention humanitaire WaSH en milieu urbain semble être constitué de deux versants intrinsèquement liés. D'une part, et cela est également vrai en milieu rural, la population a un rôle essentiel à jouer dans toute intervention étant donné que la prise de conscience à l'échelle individuelle de l'hygiène et de l'importance de l'assainissement dans le quotidien représente un levier de développement, comme ce fut le cas dans les pays européens par exemple. Cette prise de conscience assure l'appropriation de toute action. En ce sens une approche communautaire au sein de l'intervention paraît être essentielle pour assurer la pertinence et la pérennité de l'action et représente un enjeu pour les acteurs. D'autre part, une approche communautaire s'avère nécessaire car les modes de fonctionnement, les pratiques, les relations de pouvoirs, les croyances ou encore la délimitation des espaces peut réellement différer de ce que les acteurs WaSH ont pu appréhender en milieux ruraux par exemple. Cela est d'autant plus vrai que bon nombre de quartiers à Port-au-Prince sont des quartiers informels issus de l'urbanisation sauvage de la ville au fil des différentes crises et régis par des mécanismes de fonctionnement qui leur sont propres. Une illustration simple de l'importance de cette compréhension par les acteurs peut se faire par la notion de « quartier ». Cette unité territoriale n'est pas un échelon administratif en Haïti. Aussi, la perception des limites diffère selon la population et les autorités administratives. L'approche communautaire permet de se saisir de cette différence et ainsi de cibler sa zone d'intervention de manière adéquate. Le

problématique foncière complexe de Port-au-Prince, qui s'illustre par l'absence de cadastre ou encore par l'occupation illégale de terrain, est également un bon exemple de la nécessité d'une approche communautaire, sans quoi une intervention pourrait être vecteur de tensions sociales importantes.

Si l'approche communautaire est essentielle à la durabilité d'une intervention, elle constitue un enjeu particulier: elle nécessite toute une palette d'outils pour s'ancrer de façon optimale dans une culture urbaine (diagnostic socio-urbain, portrait communautaire, etc.) peu connus des acteurs humanitaires, d'urgence particulièrement.

La vulnérabilité spécifique de la population port-au-princienne des camps de déplacés a conduit les acteurs humanitaires à inscrire la lutte structurelle contre le choléra en milieu urbain afin d'éradiquer le risque endémique. Ce volet structurel semble nécessairement devoir être compris dans une approche intégrée permettant de répondre simultanément à la double crise du séisme et du choléra de manière durable. Les enjeux, tant techniques, institutionnels que socioculturels relatifs à l'intervention WaSH en milieu urbain invite les acteurs à innover. Pour SI, l'innovation est double : une innovation stratégique et opérationnelle.

B. L'innovation d'un projet intégré (qui répond à la double crise : séisme + choléra)

Rappelons que l'approche intégrée, grâce à une prise en compte holistique des vulnérabilités, a pour but de répondre aux problématiques structurelles et conjoncturelles, suivant un objectif global d'amélioration durable des conditions de vie de la population ciblée. Le versant de cette approche qui nous intéresse ici est le volet assainissement, comme réponse pérenne au risque endémique relatif à l'épidémie de choléra. Il s'agit d'étudier ce volet à travers l'expérience innovante de SI suivant l'idée selon laquelle une stratégie opérationnelle déployant des solutions durables répond à une situation d'urgence.

1. Un cheminement innovant

a. *La compréhension du changement de paradigme de l'urgence*

Face à l'ampleur de la crise haïtienne et à l'impact limités des mécanismes d'urgence lorsqu'ils sont mis en place en dehors de stratégie globale, SI s'est rapidement impliquée dans le processus du « retour quartier » en parallèle d'actions « coup de poing » dans les camps de déplacés. L'idée s'est imposée d'elle-même et l'épidémie de choléra n'a fait qu'accélérer la mise en œuvre de la réflexion, le système sanitaire ayant achevé de révéler l'ensemble de ses défaillances. Il devenait urgent d'agir.

C'est dans le quartier informel de Bristout-Bobin⁷⁶ que débuta le cheminement stratégique puis opérationnel de SI. En octobre 2010, l'organisation, alors présente dans le quartier et sur les 15 sites de déplacés de la zone, mit en œuvre un projet pilote d'appui au retour quartier des populations déplacées, incorporant dans une vision transversale plusieurs types d'activités⁷⁷, en parallèle de réponses d'urgence WaSH dans les camps. Face au caractère désemparé de la communauté internationale dans la complexité du contexte de Port-au-Prince et de la crise multiple, l'initiative de SI s'est distinguée. Cette distinction s'est notamment faite grâce aux outils utilisés par l'ONG, en particulier le « profil quartier » de Bristout-Bobin réalisé en partenariat avec l'ONU-Habitat et la FAU⁷⁸. Ce document relève bien l'enjeu socioculturel analysé précédemment, établissant un diagnostic socio-urbain indispensable à l'approche en ville. Deux projets consécutifs d'un an chacun ont été financés par la DG ECHO, le deuxième ayant été transféré dans le quartier de Christ Roi pour des raisons d'acceptance. L'initiative de SI à Bristout-Bobin a reçu un écho favorable au sein de la communauté internationale qui a relevé la pertinence de l'action ainsi que son efficacité certaine. Forte de ses expériences et des évaluations encourageantes qui s'en sont suivies, SI a approfondi son approche à Christ Roi en 2012. C'est à cette approche intégrée approfondie que nous allons particulièrement prêter attention ici en ce que nous supposons son impact significatif sur la mise à mal, à long terme, du risque endémique du choléra.

⁷⁶ Commune de Pétionville, dans la zone métropolitaine de Port-au-Prince.

⁷⁷ WaSH, déblaiement des débris, RRC, appui aux comités de quartier.

⁷⁸ Fondation Architectes de l'Urgence : FAU.

Silvère Jarrot explique : « *Il s'agissait d'aller plus loin que Bristout-Bobin et de trouver des solutions à effet boule de neige. Mais notre initiative est un essai. (...) On souhaite apporter notre pierre à l'édifice en s'inscrivant dans un plan global.* »⁷⁹ Partant de cette réflexion, fort de sa légitimité relative due à ses expériences précédentes et s'ancrant dans la logique gouvernementale 16/6, le « Projet intégré de reconstruction, d'aménagement urbain et de développement économique du quartier de Christ-Roi » est né. Silvère Jarrot ajoute, nuancant ainsi l'effet tête dans le guidon évoqué précédemment : « *Une telle entreprise demande de l'argent et du temps mais comme on a eu beaucoup d'argent, la crise haïtienne ayant déclenché beaucoup d'émoi chez l'opinion internationale, on a su trouver le temps d'appréhender la vulnérabilité des populations de manière pertinente pendant la phase d'urgence aiguë* »⁸⁰.

Dans un contexte de désengagement des bailleurs de fonds, SI a su se tourner vers un bailleur dit de développement : EuropeAid⁸¹, afin de mettre en œuvre un projet sur 36 mois à partir de janvier 2013. Le projet est mené en consortium avec le GRET et EDM⁸² dont SI est le leader, chacun disposant de son domaine d'intervention. L'objectif global du projet est de « contribuer efficacement au relogement des populations déplacées » à travers deux objectifs spécifiques : « Sécuriser et viabiliser à long terme le cadre de vie dans le quartier de Christ Roi en collaboration avec ses habitants et les institutions publiques » et « Améliorer durablement les conditions de vie des habitants du quartier en favorisant le développement économique et l'aménagement urbain ». Le projet comporte trois secteurs d'activités majeurs : la reconstruction et la réhabilitation du bâti, l'assainissement et la relance économique. Le volet assainissement nous intéresse particulièrement, en lien avec le choléra. Il est énoncé comme résultat estimé sous la forme suivante : « Les activités d'assainissement, d'accès à l'eau et de promotion de l'hygiène améliorent durablement les conditions sanitaires du quartier ainsi que de ses habitants ». Ce projet établi sur 3 ans se décompose en 3 phases estimées : les 5 premiers mois consacrés aux différentes études techniques, 21 mois pour les travaux et différentes activités et les 4 derniers mois dévolus au monitoring et aux évaluations.

⁷⁹ Entretien réalisé le 9 mai 2014.

⁸⁰ Entretien réalisé le 9 mai 2014.

⁸¹ Direction générale européenne du développement et de la coopération : EuropeAid.

⁸² GRET : Groupe de Recherches et d'Echanges Technologiques - EDM : Entrepreneurs du Monde. Initialement le consortium fut monté avec la FAU et EDM mais suite à des problèmes opérationnels, le GRET pris la relève de la FAU.

Pour le volet assainissement, 5 activités s'articulent dans ces étapes du projet : « l'élaboration du plan d'assainissement de Christ-Roi », « la construction de solutions d'assainissement multifamiliales et familiales (ainsi que la) sensibilisation à l'hygiène des familles bénéficiaires », « le développement d'un ou plusieurs projets pilotes d'assainissement » et enfin « le soutien à la création de groupes communautaires ou au renforcement d'associations locales pour la mise en œuvre d'activités de sensibilisation à l'hygiène, de collecte et de gestion des déchets ».

A travers une initiative transformée en projet dont l'énoncé semble durable, SI prouve sa compréhension du changement de paradigme de l'urgence. Si aucun objectif spécifique n'a trait à la réduction du taux d'incidence du choléra dans la zone ciblée de manière explicite dans la proposition de projet, Emmanuel Moy le justifie : « *C'est vrai que la mention au choléra aurait dû être intégrée dans un résultat. Mais l'impact du projet sur le choléra nous semblait tellement évident que cela n'a pas été fait !* »⁸³. Pour l'ONG, la lutte structurelle contre le choléra semble donc avoir été pensée à travers l'approche intégrée ciblant de manière globale l'ensemble des vulnérabilités de la population. Reste à saisir pour parfaire notre compréhension stratégique de cette expérience, l'intérêt d'implanter un tel projet dans le quartier de Christ-Roi.

b. Focus sur Christ-Roi : un quartier, des enjeux

SI est présente depuis 2010 dans le quartier informel de Christ-Roi au travers d'activités de déblaiement et WaSH à court terme. Or, aux vues de la complexité de la crise, comme analysé précédemment, l'idée de proposer des bases de développement dès la phase d'urgence s'est vite imposée pour l'ONG et Christ-Roi a constitué un terrain favorable pour ce type d'approche. Emmanuel Moy le résume ainsi : « *Le quartier de Christ-Roi était pertinent au niveau des besoins et facile au niveau accès* »⁸⁴.

En effet, Christ-Roi se situe au cœur de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, à mi-chemin entre le centre-ville et la commune de Pétion-Ville. Le quartier est hétérogène socialement, comme les différences de bâtis entre les 4 sous-zones⁸⁵ peuvent le démontrer, et différentes catégories sociales se côtoient. 20 000 personnes sont

⁸³ Entretien réalisé le lundi 2 juin 2014.

⁸⁴ Entretien réalisé le lundi 2 juin 2014.

⁸⁵ Les zones de Lalue, de Trou Sable, de Christ-Roi 1 et de Christ-Roi 2.

estimées comme résidentes dans le quartier, dont 2 000 environ dans les sites de déplacés encore présents aujourd'hui sur la zone⁸⁶. Étant donné le caractère largement informel du quartier, celui-ci n'a pas bénéficié d'un appui au développement des institutions municipales ou gouvernementales. Une présentation plus en détail du quartier et de ses dynamiques est disponible en annexe 2⁸⁷.

Comme la majorité des quartiers informels de la capitale, Christ-Roi a été gravement affecté par le séisme en termes de destruction des logements et de concentration des sites pour personnes déplacées. Les défaillances des infrastructures ont été exacerbées par la catastrophe, à l'image du niveau national, en termes de voiries, drainage des eaux usées, d'espaces publics, etc. Concernant plus spécifiquement les conditions sanitaires, celles-ci sont précaires tant au niveau individuel (quant au manque d'assainissement ou d'accès à l'eau potable), qu'au niveau du quartier relatif à l'absence de collecte des déchets ou à la présence endémique du choléra par exemple. La ravine Nicolas, qui traverse l'ensemble du quartier, est la zone où se concentrent le plus de risques, notamment sanitaires et environnementaux⁸⁸. Elle est utilisée comme décharge informelle par les habitants du quartier mais également comme lieu de déversement des excréments pour les familles résidant à proximité, voire dans la ravine, qui ne disposent pas, pour la grande majorité, de systèmes d'assainissement efficace. Axe transversal du quartier, la ravine constitue une source majeure de propagation des maladies hydriques particulièrement problématique dans le contexte de l'épidémie de choléra. Ainsi, à l'écriture du projet en 2012, les infrastructures d'assainissement du quartier étaient presque inexistantes et l'accès à l'eau significativement inégal, en lien avec les disparités sociales de la zone.

En somme, Christ-Roi est l'illustration, dans un même quartier, de la nécessité d'allier urgence et développement au sens où se mêlent sites de déplacés et zones résidentielles encore 3 ans après le séisme⁸⁹. Une approche intégrée telle que celle proposée par SI se justifie pleinement étant donné les besoins de la population tant relatifs au bâti, à la relance économique qu'à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Ce dernier volet qui nous préoccupe prend tout son sens au sein d'une approche intégrée.

⁸⁶ Carte illustrant la division du quartier en quatre zones disponible en annexe 1.

⁸⁷ Extrait du document : « *Christ Roi – Portrait communautaire d'un quartier de Port-au-Prince* », Solidarités International, novembre 2012, p. 18 à 27.

⁸⁸ Inondation, glissements de terrain, etc.

⁸⁹ L'écriture de ce projet s'est faite environ 3 ans après le séisme.

Celle-ci représente un cadre permettant à ce volet de s'ancrer dans un paysage urbain complexe de manière pertinente. A travers ce projet et, à nouveau, dans une optique EHA, un double défi se présente à SI : un défi en termes d'innovation durable quant aux modalités des actions et leur contenu et un défi relatif au mandat de l'ONG.

2. Un double défi pour SI

Bien que SI soit une ONG dont l'expertise EHA n'a plus à se faire connaître, qu'une expérience en RDC sur le volet structurel de la lutte contre le choléra fut probante, intervenir sur le choléra au sein d'une approche intégrée montée en consortium dont SI est le leader semble représenter un ensemble de défis à relever pour l'organisation.

a. *Le défi des modalités d'actions et des actions à mener*

Concernant les modalités d'action de SI, les défis relatifs se situent en termes de discours et de processus d'intervention.

Relativement au premier, SI a élaboré un discours novateur au sens où une ONG, caractérisée par des interventions d'urgence en contexte de conflits armés ou de catastrophes naturelles à travers son expertise WaSH et sécurité alimentaire, a appréhendé le changement de paradigme de l'urgence pour proposer des solutions durables. Le contexte structurel et conjoncturel haïtien a imposé une réponse à long terme parallèlement aux interventions court terme afin de réduire les risques déclenchés par ce contexte, dont l'endémisation du choléra fait grandement partie. SI, comme le projet Christ-Roi en témoigne, s'est proposée de faire les deux en transcendant le continuum classique URD. Emmanuel Moy souligne que « (...) c'est évident qu'il faille faire les deux, ce qui l'est moins c'est que ce soit la même structure qui prenne en charge ces deux volets »⁹⁰. En effet, si SI souhaite avoir un impact à long terme sur la réduction du taux d'incidence du choléra grâce à ce projet pilote, elle continue parallèlement à intervenir dans les camps ne bénéficiant pas de relocalisation, en cas de flambée de

⁹⁰ Entretien réalisé le lundi 2 juin 2014.

choléra notamment. Au delà du milieu urbain, SI intervient également en zones rurales⁹¹ sur des projets EHA visant un appui aux institutions concernées et à des interventions d'urgence lors de cas de choléra détectés. C'est de ce discours global et innovant relatif à une problématique spécifique, le choléra, dont découle des interventions qui forment un tout durable en ce qu'elles prennent en compte l'ensemble des vecteurs du choléra.

L'autre défi pour SI en termes de modalités d'actions s'articule autour du processus d'intervention, ou pour le dire autrement, de la méthodologie employée. Etant donné la complexité de l'intervention EHA en milieu urbain évoquée précédemment, il s'est agi de développer toute une méthodologie d'intervention innovante afin d'être en mesure d'avoir un impact durable. La première innovation a été la diversification du corps RH⁹² du personnel expatrié et national, en plus des composantes classiques d'une équipe terrain : une équipe de coordination urbaine, composée de géographes, architectes, ingénieurs plus enclins aux interventions en milieu urbain. Une équipe entièrement dédiée à l'approche communautaire a également été mise en place. En effet, si l'approche communautaire est l'une des marques de fabrique de SI en vue de l'appropriation par les bénéficiaires de ses interventions, elle a été décuplée dans le cadre de ce projet intégré. Du diagnostic participatif, partant de la conviction que les bénéficiaires et résidents du quartier sont les mieux placés pour définir ce dont le quartier nécessite comme améliorations, en passant par la mise en œuvre des activités, où les bénéficiaires sont invités à participer même financièrement lorsqu'il s'agit d'améliorations à l'échelle domestique, l'idée de SI est de s'ancrer dans un paysage urbain existant et de favoriser l'appropriation de ses interventions par la population ciblée pour assurer leur pérennité. Dans tous les secteurs d'intervention du projet, la participation communautaire est vue comme un moyen d'ajuster les activités aux besoins de la population et de permettre de potentialiser l'ensemble des interventions, multipliant ainsi leurs effets. La conviction est celle de l'efficacité d'un système de planification *bottom-up*, où les idées viennent de la population, par opposition au système *top-down*, ayant montré ses limites, où les directives viennent des bailleurs loin des réalités du terrain.

Enfin, l'enjeu institutionnel est bien évidemment au cœur des modalités d'intervention de ce projet pilote. Un résultat à part entière du programme est dédié à cet enjeu : « un

⁹¹ Dans les départements des Nippes et du Sud-Est.

⁹² Ressources Humaines.

appui institutionnel qui renforcera les structures communautaires et les institutions locales et étatiques dans l'exercice de leurs fonctions et dans leurs capacités à collaborer»⁹³. Or, le renforcement des capacités, au delà de la technique, semble également passer par le respect de la structure organisationnelle des institutions aux différentes échelles, ainsi que par le respect des directives promulguées, comme énoncé précédemment. En ce sens, le projet pilote de Christ-Roi s'ancre, dans sa globalité, dans le cadre de l'approche gouvernementale 16/6. Or, SI entend respecter ce cadre institutionnel à tous les niveaux et dans l'ensemble des secteurs d'intervention du projet. Par exemple, concernant le secteur EHA du projet, SI est signataire d'un accord cadre avec la DINEPA, comme demandé par celle-ci dans le *document d'orientation stratégique pour l'assainissement en Haïti*. SI a réalisé un schéma d'assainissement durant la première phase du projet et l'a soumis à validation par les institutions concernées en vue de contribuer au travail de planification urbaine menée par le MTPTC comme spécifié dans le document stratégique. Cet exemple relatif à la partie assainissement du projet s'applique également aux autres volets, comme en témoigne le schéma d'aménagement du quartier validé par les institutions concernées. Si l'intervention de SI se fait à l'échelle d'un quartier, elle entend s'insérer avec cohérence dans un plan plus global en vue d'être pérenne et d'atteindre ses objectifs.

Concernant le défi des actions à mener, il se situe en terme de contenu des activités et relève donc plus de leur aspect technique que méthodologique. L'idée est ici de s'attacher exclusivement aux activités WaSH en vue de notre objectif visant à démontrer en quoi, du fait de leur caractère durable, elles prennent part à la lutte structurelle contre le choléra. L'atteinte du résultat relatif à l'EHA⁹⁴ est planifiée par 5 activités. La première, déjà mentionnée, est relative à l'élaboration du plan d'assainissement du quartier de Christ-Roi. Ce document évolutif est composé d'une étude technique afin d'évaluer la faisabilité des solutions proposées aux bénéficiaires. Le contexte urbain impose une multiplicité des solutions⁹⁵ pour s'adapter à la complexité du milieu urbain et à l'hétérogénéité des bénéficiaires. Son ancrage dans le cadre

⁹³ Résultat 1 du projet pilote.

⁹⁴ « Les activités d'assainissement, d'accès à l'eau et de promotion de l'hygiène améliorent durablement les conditions sanitaires quartier ainsi que de ses habitants ».

⁹⁵ Toilettes «poor flush» reliées à des fosses septiques multifamiliales, toilettes individuelles ventilées à fosse étanche (sans eau), projet pilote d'assainissement, etc.

institutionnel et sa planification participative lui confère un caractère durable. Partant, l'activité 2 concerne la « construction de solutions d'assainissement multifamiliales et familiales et (la) sensibilisation à l'hygiène des familles bénéficiaires ». Cette activité est liée aux interventions de reconstruction/réhabilitation du bâti car SI y prévoit l'intégration systématique de solutions d'assainissement, qu'elles soient familiales ou multifamiliales. Les bénéficiaires sont invités, dans le respect de la loi de 1919, à participer financièrement⁹⁶ et à se mobiliser pour la construction de leur solution, bien que celle-ci soit assistée par SI qui prend en charge la construction des fosses sceptiques. En proposant des solutions à bas coûts et en favorisant la participation des bénéficiaires, SI permet l'appropriation des ouvrages et leur reproductibilité. Ici, l'action se veut au niveau des systèmes d'assainissement domestiques. Cette intervention vise à limiter les effets sur l'environnement car les solutions mises en œuvre réduisent les risques de pollution des eaux de surface et souterraines et, par là même, les risques de propagation des maladies hydriques dont fait partie le choléra. Parallèlement, les interventions quant à la sensibilisation aux bonnes pratiques de collecte et de gestion des déchets permettront de réduire leur rejet dans le quartier, favorisant ainsi la salubrité de Christ-Roi.

L'activité 3, quant à elle, se place à l'échelle du quartier et prévoit le « développement d'un ou plusieurs projets pilotes d'assainissement », dans une école par exemple. L'idée est d'intégrer l'ensemble des étapes d'une infrastructure pérenne : de la latrine au traitement des excréta sur place, voire à la valorisation de ceux-ci et des eaux résiduelles. Il s'agit de proposer une solution novatrice à titre d'essai, s'inscrivant de manière cohérente dans le paysage urbain de Christ Roi, qui puisse être reproductible, si probante, par le gouvernement ailleurs.

L'activité 4 du volet assainissement consiste en un « soutien à la création de groupes communautaires ou au renforcement d'associations locales pour la mise en œuvre d'activités de sensibilisation à l'hygiène, de collecte et de gestion des déchets ». Il importe de renforcer les groupes existants afin que ceux-ci soient en mesure de soutenir les actions des institutions lors du retrait de l'organisation. Dans le cadre du PNEC, SI

⁹⁶ Au delà de la loi, participation financière établie selon le fait que les gens ont de l'argent (du fait des remises de la diaspora par exemple). Les acteurs ne savent juste pas combien. Ils font donc le pari selon lequel l'injection d'une petite somme d'argent, dans la fosse sceptique notamment, appellera de nouveau de l'argent, de la part des bénéficiaires cette fois-ci. Ce pari prend du temps mais l'approche est durable.

soutient par exemple par cette activités les associations dans la mise en place d'activités de promotion de l'hygiène dans les écoles de Christ-Roi.

Enfin, l'activité 5 s'attèle à la « réparation de fuites sur le réseau d'eau DINEPA et (au) plaidoyer pour l'extension du réseau » en vue d'un approvisionnement total du quartier en eau et d'une réduction de son coût pour la population.

L'ensemble de ces activités semblent donc durables en elles-mêmes mais le sont surtout parce qu'elle prennent part à un cadre, celui de l'approche intégrée. Dans tous les cas, les activités WaSH proposées par SI dans le cadre de ce projet pilote traitent de manière pérenne les problématiques structurelles et conjoncturelles relatives à l'eau, l'hygiène et l'assainissement. Or, ce sont précisément ces trois domaines qui, du fait de leurs défaillances, ont été vecteurs de la propagation du choléra en Haïti. Traiter ces défaillances par des interventions durables laisse donc supposer un impact positif de ces dernières sur la réduction du taux d'incidence du choléra et la mise à mal du risque endémique qui pèse sur le pays. Reste que ces impacts positifs sont supposés, bien que fondés, et qu'ils ne pourront être évalués qu'à la suite du retrait du consortium. N'oublions pas non plus l'échelle à laquelle ce projet est mené, celle du quartier. Eradiquer le choléra en Haïti supposerait des interventions similaires et/ou adaptées aux contextes spécifiques dans l'ensemble du pays, dynamiques qui commencent à être observées sans pour autant être devenues systématiques.

b. Se maintenir dans son mandat

Il importe désormais de questionner le mandat de SI étant donné qu'elle se présente comme une organisation urgentiste et qu'elle est largement reconnue comme telle. Aussi, intervenir sur du long terme dans la lutte contre le choléra à travers un programme tel que Christ-Roi invite à interroger ce mandat urgentiste qui aurait pu primer dans le contexte haïtien et conduire SI à se désengager au profit d'organisations spécialisées dans les actions à plus long terme. Or, grâce à une réflexion adaptée, SI paraît avoir su appréhender le changement de paradigme de la situation d'urgence et donc intervenir là où se trouvait la véritable urgence : celle de solutions durables, notamment face au risque endémique du choléra.

D'un point de vue externe, il semble légitime de questionner le mandat de l'ONG. Toutefois, en s'attachant à la réflexion stratégique de la Mission Haïti de SI, il ressort qu'au delà de l'inscription du projet Christ-Roi dans le cadre institutionnel national haïtien, le programme s'ancre également dans une stratégie interne à SI. Celle-ci fut élaborée, selon les directives du conseil d'administration de l'organisation, de manière pluriannuelle et entend, relativement à la problématique du choléra, agir sur l'ensemble des vecteurs de la maladie. Aussi, trois autres projets en lien avec la lutte contre choléra sont menés par SI en Haïti : un projet de réponse EHA d'urgence dans les camps de déplacés de la zone métropolitaine de Port-au-Prince, deux projets jumeaux de soutien institutionnel et de réponse EHA d'urgence dans les départements des Nippes et du Sud-Est. Ces projets forment un tout répondant aux besoins immédiats de la population quant au choléra ainsi qu'à ses besoins à plus long terme. Ils se nourrissent les uns les autres, particulièrement le programme dans les camps et le projet Christ-Roi en ce qu'ils concernent le milieu urbain. Leur interdépendance, conduisant SI à dépasser le continuum classique URD, permet ainsi à SI de se maintenir dans son mandat.

Plus qu'un dépassement de mandat, il semble que SI ait réussi à s'adapter au contexte humanitaire haïtien si spécifique, avec un focus particulier sur Port-au-Prince, en ciblant l'urgence dans le secteur EHA face au choléra dans les solutions durables. La vulnérabilité de la population ciblée paraît avoir primée sur les modes opératoires classiques de l'organisation.

CONCLUSION

En conclusion, l'épidémie de choléra en Haïti est une illustration concrète du changement de paradigme de l'urgence appelant des solutions durables. En lien avec le volet structurel évident de la lutte contre le choléra, intervenir sur une telle crise uniquement par des mécanismes à court terme, dans le secteur WaSH, a un impact limité sur les objectifs ciblés. Bien sûr, cette urgence oubliée, au profit d'interventions par des mécanismes à court terme connus et maîtrisés des acteurs en présence, est à replacer dans le contexte spécifique d'Haïti, et particulièrement de Port-au-Prince. Crise complexe mêlant problèmes structurels et conjoncturels, terrain urbain, enjeux institutionnels et techniques, elle appelle des actions transversales dépassant le continuum URD. Elle réinterroge donc la notion de « réponse d'urgence », au sens classique du terme, ayant mis en lumière ses effets néfastes et limités à moyen et long termes.

Face à cette réflexion sur le mode opératoire des organisations imposée par la crise choléra en Haïti et la nécessité de sortir de l'assistanat, l'initiative de SI est remarquable. Sortir de ses carcans, de ses savoir-faire, penser l'urgence autrement, « *penser dans l'urgence* », là est l'innovation sur un terrain complexe. SI, avec le projet Christ-Roi, a su déployer des solutions durables pour répondre à l'urgence du risque endémique du choléra. Bien que les résultats ne puissent être encore mesurables, reste que l'initiative est là. La stratégie de la mission Haïti de SI transcende les limites d'un mandat supposé exclusivement urgentiste. Or, il semble essentiel que face aux crises complexes modernes, les organisations humanitaires puissent dépasser en leur sein la frontière classique URD. En amont des mécanismes d'interventions, il importe que les acteurs questionnent leur stratégie et leur mandat pour appréhender cette nécessité et avoir un impact de valeur.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

BRAUMAN R. *Penser dans l'urgence. Parcours critique d'un humanitaire. Entretiens avec Catherine Portevin*. 2006.

HELLIS M., *Souvenirs du choléra en 1832, Mai 1833*.

Articles et rapports

BIQUET J-M., SCHULTE-HILLEN C., *Haïti : les limites du « système de l'aide humanitaire »* - Groupe URD, Mars 2012.

Dr. CRAVIOTO A., Dr. LANATA C.F., Engr LANTAGNE D.S., Dr NAIR B., *Final Report of the Independent Panel of Experts on the Cholera Outbreak in Haiti*, Mai 2011.

Fédération Internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, *Haïti : De l'urgence au long terme – le défi de l'assainissement*, Juillet 2010.

GELTING R., BLISS K., PATRICK M., LOCKHART G. et HANDZEL T. *Water, Sanitation and Hygiene in Haiti: Past, Present, and Future* - National Center for Environmental Health, and Center for Global Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, Georgia; Center for Strategic and International Studies, Washington, District of Columbia – 2013.

HIDALGO S., avec l'aide de THEODATE M-P, *Inter agency real time evaluation of the humanitarian response to the earthquake in Haiti*, Janvier 2012.

JENNY T., *Epidémie de choléra en Afrique : analyse d'une étiologie multifactorielle*, Mémoire de l'ENSP, 2004.

OIM, ACTED, CDAC-Haïti, CCCM, *Enquête OIM-ACTED, Intentions des déplacés Haïti*, 2011.

OMS/UNICEF, *Progrès en matière d'eau potable et d'assainissement, spécial assainissement*. Joint Monitoring Programme, Assessment Report, Juillet 2008.

PATINET J. *Enjeux et difficultés de la gestion de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène à Port-au-Prince : comment sortir de l'urgence ?*- Groupe URD, Février 2011.

PIARROUX R., BARRAIS R., FAUCHER B., PIARROUX M., GAUDART J., MAGLOIRE R., RAOULT D. *Understanding the cholera epidemic, Haiti*, Juillet 2011.

TABARLY S., *Choléra : géographie d'une pandémie. Etude de cas : Haïti, 2010-2012* – DGESCO-ENS Lyon, 2012.

Documents internes à Solidarités International

LABATTUT E., CISSE K., NOGAR G., DORESTIN J-W., BATHARD Y., MAXIMILIEN S., SIMPLICE G., *Christ-Roi : portrait communautaire d'un quartier de Port-au-Prince*, Novembre 2012. Etude initiée par Solidarités International, financée par ECHO et réalisée en étroite collaboration avec la Municipalité de Port-au-Prince.

LABATTUT E., DEPREZ S., *La reconstruction de Port-au-Prince : analyses et réflexions sur les stratégies d'interventions en milieu urbain*, Solidarités International, Octobre 2011.

SOLIDARITES INTERNATIONAL, Proposition de projet du *Projet intégré de reconstruction, d'aménagement urbain et de développement économique du quartier de Christ-Roi*, 2012. Financé par EuropeAid.

Webographie

<http://www.alterpresse.org/spip.php?article14933#.U9y1 uDF-Qs>

<http://ec.europa.eu>

<http://www.grotius.fr/ce-que-le-cholera-doit-a-leau-redefinir-les-strategies-de-lutte-contre-le-cholera-en-agissant-preventivement-sur-son-principal-vecteur-environnemental-leau-contaminee/>

<http://www.who.int>

<http://www.projet16-6.org/>

<http://www.pseau.org>

<http://www.sphereproject.org>

<http://www.un.org/fr/millenniumgoals>

http://www.urd.org/Comprehension-du-contexte#outil_sommaire_0